

Rapport public**Date d'émission du rapport** : 7 octobre 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1544-0007**Type d'inspection** :Plainte
Incident critique**Titulaire de permis** : The Corporation of the City of Peterborough et The Corporation of the County of Peterborough**Foyer de soins de longue durée et ville** : Fairhaven, Peterborough**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 19, du 22 au 26 et le 29 septembre 2025, ainsi que du 1^{er} au 3 et les 6 et 7 octobre 2025.

L'inspection concernait :

- trois dossiers liés à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- une plainte concernant l'entretien et la buanderie
- un dossier concernant les soins des plaies
- un dossier concernant une éclosion de maladie infectieuse
- un dossier concernant de mauvais traitements d'ordre verbal de la part du personnel envers une personne résidente
- un dossier concernant des soins inappropriés prodigués à une personne résidente

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

- Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes
Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le ou la médecin fournisse des directives claires à l'égard du personnel lorsqu'il ou elle a prescrit l'ordonnance pour le traitement et la surveillance d'une personne résidente. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que les directives du ou de la médecin n'indiquaient pas clairement le programme de soins de la personne résidente.

Sources : cartable du ou de la médecin, fiche d'ordonnance du prescripteur, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec un ou une IAA.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel reçoive des directives claires concernant les soins à prodiguer à une personne résidente après une intervention, et ce à deux reprises. Dans les deux cas, une fiche de directives a été fournie au titulaire de permis. Ces directives n'ont pas été consignées au dossier, au registre électronique d'administration des médicaments ni au dossier numérique d'administration de traitements.

Sources : dossiers médicaux cliniques et entretien avec un ou une IAA.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme d'une personne résidente soient fondés sur une évaluation et les besoins de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux cliniques de la personne résidente et entretiens avec un ou une IAA et le ou la physiothérapeute.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Sources : dossiers médicaux cliniques et entretien avec la personne résidente.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus pour une personne résidente soient réévalués comme le précise le programme de soins.

Sources : politiques du titulaire de permis, dossier médical clinique de la personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que le programme de soins soit examiné et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont changé.

Sources : dossiers cliniques et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mains courantes dans le couloir soient entretenues de sorte qu'elles soient sûres et en bon état. L'observation et la validation par le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) ont confirmé que des réparations étaient nécessaires.

Sources : observation des mains courantes dans les sections du foyer, procès-verbaux des réunions et entretien avec le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège

les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre verbal de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Sources : dossiers d'enquête du titulaire de permis et entretien avec la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée en ce qui concerne le signalement à la police et au mandataire spécial ou à la mandataire spéciale et la déclaration immédiate par le personnel des allégations de mauvais traitements.

Sources : rapport d'incident critique (RIC), politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, dossiers médicaux de la personne résidente, notes d'enquête et entretien avec un ou une gestionnaire des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

Non-respect n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

(a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la sonnette d'appel d'une personne résidente soit accessible en tout temps.

Sources : observation de la sonnette d'appel de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Non-respect n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé (2.1) :

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la peau dès son retour de l'hôpital. Le ou la DSI a confirmé que l'évaluation n'avait pas été effectuée.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Services de buanderie

Non-respect n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 95 (1) a) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre qui garantissent ce qui suit sont élaborées et mises en

œuvre :

(iii) les vêtements souillés des résidents sont recueillis, triés et nettoyés et ils leur sont retournés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre pour garantir que les vêtements souillés des personnes résidentes soient nettoyés et remis à ces dernières lors d'une éclosion. Le ou la GSE a confirmé que lors d'une éclosion, alors que la quantité de lessive avait augmenté, la lessive des personnes résidentes n'avait pas été effectuée et livrée en temps opportun.

Sources : entretien avec le ou la GSE et la PSSP.

AVIS ÉCRIT : Services de buanderie

Non-respect n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du programme structuré des services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, un approvisionnement suffisant de débarbouillettes soit toujours accessible aux fins d'utilisation par les personnes résidentes. Le personnel a confirmé qu'il n'y avait pas suffisamment de débarbouillettes aux fins d'utilisation par les personnes résidentes.

Sources : entretien avec une PSSP et le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Non-respect n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien, l'entretien correctif soit effectué lorsque les freins du lit d'une personne résidente ne fonctionnaient pas correctement. Le personnel a confirmé que l'entretien correctif du lit de la personne résidente n'avait pas été effectué alors qu'il était considéré comme une priorité élevée.

Sources : bons de travail, politiques, entretien avec le directeur ou la directrice de l'exploitation, le ou la GSE et le superviseur ou la superviseuse des services environnementaux (SSE).

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Non-respect n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre conformément au manuel du fabricant afin de garantir que les lits des personnes résidentes soient maintenus en bon état. Le ou la GSE a confirmé que des marches à suivre n'avaient pas été élaborées et mises en œuvre conformément au manuel du fabricant.

Sources : manuels des lits et entretien avec le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Non-respect n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

d) les installations de plomberie, les toilettes, les éviers, les barres d'appui et les appareils et accessoires des salles de toilette sont entretenus et exempts de corrosion et de fissures;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre pour garantir qu'une toilette soit maintenue en bon état. Il a été constaté que la toilette présentait une fuite après avoir été réparée. Le ou la GSE a confirmé qu'un autre bon de travail n'avait pas été émis.

Sources : politiques, observation, examen des bons de travail d'entretien et entretien avec le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme que délivre le directeur ou la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soit respectée. Conformément à la section 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (septembre 2023), le titulaire de permis doit veiller à ce que des précautions supplémentaires soient prises dans le cadre du programme de PCI, au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure : f) des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (ÉPI), notamment le choix, le port et le retrait de façon appropriée.

Il a été observé qu'une PSSP portait son masque de manière inappropriée et ne se lavait pas les mains après avoir retiré son masque.

Sources : observations et entretien avec le ou la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Non-respect n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'on avise le directeur ou la directrice au plus tard un jour ouvrable suivant le retour de l'hôpital d'une personne résidente présentant une blessure.

Sources : un RIC.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Non-respect n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive ses médicaments prescrits comme prévu.

Sources : notes d'évolution, dossier numérique d'administration de traitements,

ordonnances du prescripteur et entretien avec un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA).

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Non-respect n° 018 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (6), le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à un résident au foyer, sauf si, selon le cas :

b) dans le cas de l'administration d'un médicament sans accomplissement d'un acte autorisé dans le cadre du paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la personne est, selon le cas :

(ii) un préposé aux services de soutien personnel qui : a reçu une formation en matière d'administration de médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits élaborés dans le cadre du paragraphe 123 (2); de l'avis raisonnable du titulaire de permis, possède les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour administrer des médicaments dans un foyer de soins de longue durée; a été chargé d'administrer le médicament par un membre du personnel infirmier autorisé du foyer de soins de longue durée et agit sous la surveillance de ce membre conformément aux normes d'exercice et aux lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et, selon le cas :

(A) satisfait aux exigences du paragraphe 52 (1) ou est visé au paragraphe 52 (2),
(B) est une infirmière ou un infirmier formé à l'étranger qui travaille comme préposé aux services de soutien personnel. Paragraphe 28 (1) du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les PSSP reçoivent une formation sur les ordonnances de médicaments et les types d'ordonnances. Conformément au paragraphe 196 (3) de la LRSLD (2021), la ligne directrice relative à la formation des préposés aux services de soutien personnel sur l'administration des médicaments dans les foyers de soins de longue durée (Training Guideline for Personal Support Workers Administering Drugs in Long-Term Care), datée du 1^{er} mai 2023, doit être respectée. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté l'exigence selon laquelle les PSSP doivent être formées avant d'être autorisées à administrer des crèmes topiques médicamenteuses, comme le prévoit la ligne directrice. L'IAA a confirmé que des PSSP avaient administré un traitement à une personne résidente.

Le ou la DSI a confirmé que les PSSP travaillant dans le foyer n'avaient pas été formées à l'administration d'un traitement particulier.

Sources : dossier numérique d'administration de traitements et entretien avec un ou une IAA et le ou la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programmes obligatoires

Non-respect n° 019 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou la personne désignée examine et révisé la politique de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis pour s'assurer qu'elle répond aux exigences législatives. Les directives relatives aux rôles et responsabilités du personnel autorisé et aux marches à suivre comprendront des indications claires sur le moment où il convient de procéder à l'évaluation des risques de chute d'une personne résidente.

2. Communiquer à l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris les infirmiers et infirmières d'agence, et aux gestionnaires des soins aux personnes résidentes la politique révisée de prévention des chutes et conserver une copie de la communication.

3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou la personne désignée procède à des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines auprès de toutes les personnes résidentes ayant subi une chute. Les vérifications permettront de déterminer les personnes résidentes qui nécessitent une évaluation plus

approfondie de la part de l'équipe pluridisciplinaire et de s'assurer que des stratégies appropriées et personnalisées ont été mises en œuvre pour réduire le risque de chute chez les personnes résidentes.

4. Conserver une trace écrite de chaque vérification, du nom des personnes résidentes ayant fait l'objet de chaque vérification, du nom de la personne ayant procédé à chaque vérification, ainsi que des dates d'achèvement de chaque vérification. Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du membre du personnel qui l'a commise et la formation qui lui a été dispensée.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes soit respecté afin de réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure chez la personne résidente n° 007. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer qu'un programme de prévention et de gestion des chutes soit mis en place, et respecté.

Plus précisément, une personne résidente a subi une chute et il y a eu un retard dans les évaluations des risques de chute qui étaient nécessaires après la chute, et aucune nouvelle mesure d'intervention ou stratégie n'a été mise en œuvre à la suite d'une chute. Le programme de soins de la personne résidente n'incluait pas les recommandations du ou de la physiothérapeute concernant les stratégies de prévention des chutes, le maintien de l'équilibre et les mesures d'intervention en matière de mobilité visant à réduire le risque de chute de la personne résidente. La chute de la personne résidente n'a pas été signalée au ou à la physiothérapeute. Le ou la physiothérapeute a indiqué que l'état de mobilité de la personne résidente avait changé. Un ou une IAA a indiqué qu'il ou elle n'était pas au courant de ce changement.

La personne résidente était exposée à un risque supplémentaire de chutes et de blessures, elle n'a pas été orientée vers un ou une physiothérapeute et le programme de soins ne prévoyait pas de nouvelles mesures pour réduire ce risque.

Sources : politiques, dossiers médicaux cliniques et entretiens avec l'IAA, le ou la DSI et le ou la physiothérapeute.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de

gestion des chutes visant à réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure soit respecté. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'un programme de prévention et de gestion des chutes soit mis en place et respecté. Lorsqu'une personne résidente subit une chute, le personnel autorisé devait procéder à une évaluation des risques de chute au cours du même quart de travail ou dès que possible après l'incident. L'évaluation des risques de chute n'a pas été réalisée pour une personne résidente au cours du même quart de travail ou dès que possible après la chute, conformément à la politique du foyer. Le ou la DSI a confirmé que l'évaluation des risques de chute n'avait pas été réalisée au moment de la chute et qu'elle ne l'avait été que deux jours plus tard.

Le fait que l'évaluation des risques de chute n'a pas été réalisée au moment de la chute ou dès que possible après la chute a exposé la personne résidente à un risque de chutes subséquentes.

Sources : politiques, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Soins de la peau et des plaies

Non-respect n° 020 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou la personne désignée procède à des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines dans deux sections précises du foyer, auprès de toutes les personnes résidentes présentant une zone d'altération de l'intégrité épidermique afin de s'assurer qu'elles ont été évaluées par un membre du personnel infirmier autorisé à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.
2. Conserver une trace écrite de chaque vérification, du nom des personnes résidentes ayant fait l'objet de chaque vérification, du nom de la personne ayant procédé à chaque vérification, ainsi que des dates d'achèvement de chaque vérification. Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du membre du personnel qui l'a commise et la formation qui lui a été dispensée.
3. Communiquer à l'ensemble du personnel autorisé dans une section précise du foyer les attentes quant à la nécessité d'évaluer toute altération particulière de l'intégrité épidermique à l'aide d'un outil d'évaluation des plaies approprié sur le plan clinique.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique fasse l'objet d'une évaluation de la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. Un ou une IA et le ou la DSI ont confirmé que la note d'évaluation de la peau et des plaies aurait dû être utilisée pour décrire l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente et que cela n'avait pas été fait.

Il y avait un risque accru de détérioration épidermique lorsque l'efficacité du traitement de la peau n'avait pas été évaluée au moyen de l'outil d'évaluation de la peau et des plaies approprié sur le plan clinique.

Sources : dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, politiques et entretiens avec l'IA et le ou la DSI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plaie d'une personne résidente soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. Aucune évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n'a été effectuée.

La personne résidente était exposée à des risques de complications, notamment d'infection, car l'altération de l'intégrité épidermique n'avait pas été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation de la peau et des plaies approprié sur le plan clinique.

Sources : dossiers médicaux cliniques et entretien avec un ou une IAA.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Soins de la peau et des plaies

Non-respect n° 021 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou la personne désignée procède à des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines dans deux sections précises du foyer, auprès de toutes les personnes résidentes présentant une zone d'altération de l'intégrité épidermique, y compris des ruptures de l'épiderme, des

lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, afin de s'assurer qu'elles ont reçu un traitement immédiat et des mesures d'intervention visant à réduire ou à éliminer la douleur, à favoriser la guérison et à prévenir l'infection, le cas échéant.

2. Conserver une trace écrite de chaque vérification, du nom des personnes résidentes ayant fait l'objet de chaque vérification, du nom de la personne ayant procédé à chaque vérification, ainsi que des dates d'achèvement de chaque vérification. Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du membre du personnel qui l'a commise et la formation qui lui a été dispensée.

3. Communiquer à l'ensemble du personnel autorisé dans une section précise du foyer les attentes quant au fait que les PSSP ne doivent pas effectuer une mesure d'intervention particulière.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique, elle reçoive immédiatement un traitement et des mesures d'intervention visant à réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection. La personne résidente a subi une altération de l'intégrité épidermique. Un traitement a été prescrit par le médecin quelques semaines plus tard. Ce traitement n'a pas été systématiquement administré.

Il y a eu un risque modéré concernant le confort de la personne résidente lorsque l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente a été signalée tardivement au ou à la médecin, lorsque le traitement a été retardé et lorsque les évaluations de la peau appropriées sur le plan clinique n'ont pas été effectuées pour surveiller l'état épidermique de la personne résidente et l'efficacité des traitements de la peau.

Sources : dossiers médicaux cliniques et entretien avec une PSSP, un ou une IAA et un ou une IA.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet de mesures d'intervention visant à favoriser la guérison et prévenir l'infection. Le personnel autorisé devait prodiguer un traitement à la personne résidente. À

plusieurs reprises, ce sont des PSSP qui ont accompli la tâche plutôt que l'infirmier ou l'infirmière, bien que cette tâche soit un acte autorisé dans le cadre du paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de santé réglementées*.

En outre, le personnel autorisé n'a pas veillé à ce que le traitement soit administré à plusieurs reprises. La personne résidente a été exposée à un risque accru d'infection lorsque la tâche n'a pas été accomplie par le personnel autorisé et que des PSSP s'en sont chargés.

Source : dossiers médicaux cliniques et entretien avec un ou une IAA.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet de mesures d'intervention immédiates visant à réduire ou éliminer sa douleur lorsque celle-ci a été évaluée pour une altération de l'intégrité épidermique et a signalé de la douleur. Le personnel autorisé n'a pas effectué de suivi pour s'assurer que la mesure d'intervention visant à réduire ou éliminer la douleur était efficace. Le personnel n'a informé le médecin que le lendemain de la douleur de la personne résidente. Il y a eu un risque accru pour le bien-être émotionnel et physique de la personne résidente lorsque le personnel autorisé n'a pas évalué si la mesure d'intervention mise en œuvre réduisait ou éliminait la douleur de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques et entretien avec le ou la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 004 Gestion de la douleur

Non-respect n° 022 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Communiquer à l'ensemble du personnel autorisé dans une section précise du foyer les attentes quant au moment de procéder à une évaluation à l'aide de l'outil approprié sur le plan clinique lorsque la douleur d'une personne résidente n'est pas soulagée par les mesures d'intervention initiales.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente soit évaluée à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique lorsque la douleur n'a pas été soulagée par les mesures d'intervention initiales.

La personne résidente a eu besoin à plusieurs reprises des médicaments analgésiques pour gérer la douleur. La personne résidente recevait des médicaments habituels contre la douleur et recevait fréquemment des médicaments analgésiques en cas de besoin en raison de scores de douleur élevés. Les médicaments analgésiques n'étaient pas toujours efficaces. Une PSSP et le ou la physiothérapeute ont signalé que la douleur de la personne résidente était parfois grave. Le ou la DSI a confirmé qu'un outil approprié sur le plan clinique pour évaluer la douleur de la personne résidente aurait dû être utilisé lorsque les scores de douleur de celle-ci étaient élevés.

La personne résidente subissait une douleur persistante et le fait de ne pas évaluer la douleur de la personne résidente lorsqu'elle n'était pas soulagée par les mesures d'intervention initiales à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique présentait le risque de négliger des aspects cruciaux pour le confort de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux cliniques, politiques et entretien avec la PSSP, le ou la physiothérapeute et le ou la DSI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente soit évaluée à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique lorsque la douleur n'a pas été soulagée par les mesures d'intervention initiales. Le ou la DSI a confirmé que l'outil approprié sur le plan clinique n'avait pas été utilisé lorsque les mesures

d'intervention initiales n'avaient pas soulagé la douleur de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux cliniques, politiques et entretien avec le ou la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur ou à la directrice de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative (APA), l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou la directrice ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur ou la directrice prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur ou d'une inspectrice.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur ou directrice

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.