

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 10 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1520-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : St. Joseph's Health Care London

Foyer de soins de longue durée et ville: Mount Hope Centre for Long Term Care, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14 au 16, 19 au 23 et 26 au 30 janvier 2026 et 2 au 6, 9 et 10 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 21 et 27 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00163402 / C596-000196-25 – Signalement en lien avec un risque environnemental
- Signalement : n° 00163927 – Signalement en lien avec une plainte concernant le processus d'admission du foyer
- Signalement : n° 00164172 / C596-000198-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements
- Signalement : n° 00164608 / C596-000199-25 – Signalement en lien avec une éclosion de grippe
- Signalement : n° 00165632 / C596-000206-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Signalement : n° 00166532 / C596-000211-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Signalement : n° 00167168 – Signalement en lien avec une plainte concernant les soins de la peau et des plaies

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

Entretien ménager, services 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

Comportements réactifs

Prévention et gestion des chutes

Admission, absences et mises en congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

On a constaté que les portes de deux aires non résidentielles, soit un local d'entretien souillé et un local d'entretien propre, étaient ouvertes et non surveillées par le personnel. Après examen, des membres du personnel de l'étage ont confirmé que les portes n'auraient pas dû être ouvertes. Les membres du personnel ont fermé les portes, et on a confirmé qu'elles étaient verrouillées.

Sources : Démarches d'observation des aires non résidentielles; entretiens avec des membres du personnel.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Date de mise en œuvre de la rectification : 14 janvier 2026

Problème de conformité n° 002 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs.

On a constaté, dans une dépense, une accumulation de saleté et de crasse le long du périmètre du plancher, à la base des armoires. En outre, on a relevé, dans une salle à manger adjacente, une accumulation de saleté et de crasse le long du périmètre du plancher, sur les rebords de fenêtres et sur les murs. La ou le spécialiste des services alimentaires et la ou le gestionnaire des services alimentaires et nutritionnels ont observé les aires en question et confirmé qu'elles n'étaient pas à un niveau de propreté acceptable.

On a effectué un nettoyage approfondi de la salle à manger et de la dépense.

Sources : Démarches d'observation de la dépense et de la salle à manger; examen de la liste des tâches des différents services du foyer (Department Duty List); entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 28 janvier 2026

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

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.

On a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à celle-ci conformément au programme.

Une ou un physiothérapeute et un médecin externe ont recommandé qu'une personne résidente blessée utilise un appareil fonctionnel. Le médecin de la personne résidente a prescrit l'utilisation de l'appareil fonctionnel. Lors du suivi, le rapport du médecin externe a indiqué que l'appareil fonctionnel était à nouveau recommandé. Il n'y avait pas d'ordre d'interrompre l'utilisation de l'appareil fonctionnel ni de notes indiquant quand ou pourquoi la personne résidente a cessé d'utiliser l'appareil.

Dans le cadre de démarches d'observation de la personne résidente, on a constaté que celle-ci n'utilisait pas l'appareil fonctionnel.

Lors d'un entretien, une ou un gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes a déclaré que l'appareil n'a été rendu disponible dans le foyer pour la personne résidente que près d'un mois après que la ou le physiothérapeute a recommandé d'envisager l'utilisation de l'appareil pour des raisons de confort. Lors d'un entretien, un membre du personnel a indiqué que la personne résidente avait refusé d'utiliser l'appareil. On n'a pas consigné les souhaits de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

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 programme de soins d'une personne résidente faisait état d'une allergie/sensibilité à un groupe de médicaments. On a omis de mettre à jour le programme soins pour indiquer qu'un médicament faisant partie du groupe d'allergènes potentiels était autorisé. Le dossier sur l'administration des médicaments montre que la personne résidente a reçu le médicament toutes les quatre heures, selon les besoins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) – Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Un membre du personnel a omis de signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements formulées par une personne résidente à une personne responsable du foyer, comme l'exige la politique du foyer, ou à la directrice ou au directeur. Cela a contribué à retarder le signalement des allégations de mauvais traitements à la directrice ou au directeur, qui doit obligatoirement être fait immédiatement. L'incident critique a été signalé à la directrice ou au directeur plus de 24 heures plus tard.

Sources : Rapport d'incident critique; notes de l'enquête interne du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 27 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Paragraphe 27 (2) – Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

2. Les risques qu'il peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs. On a omis de mettre à jour le programme de soins élaboré dans les 24 heures de l'admission de la personne résidente afin de l'adapter à la situation de cette dernière et d'y inscrire les risques qu'elle peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Réunion sur les soins

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 30 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Réunion sur les soins

Paragraphe 30 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines qui suivent l'admission du résident et au moins une fois par année pour discuter du programme de soins et toutes les autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un.

Les membres de l'équipe interdisciplinaire ont omis de se réunir dans les délais prescrits pour discuter du programme de soins d'une personne résidente ainsi que de toutes les autres questions qui ont de l'importance pour la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial.

L'examen de la documentation de la personne résidente a permis de constater que celle-ci avait des comportements réactifs. Au cours d'un entretien, la ou le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué que la personne résidente avait toujours des comportements réactifs et que le succès des interventions avait été limité.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

On a omis de réaliser dans son intégralité l'évaluation d'une personne résidente après une chute. Dans un entretien, la ou le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes a confirmé que l'évaluation postérieure à la chute n'a pas été effectuée comme prévu. On a emmené la personne résidente à l'hôpital pour une blessure causée par la chute.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 58 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

Un membre de l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et deux gestionnaires responsables des soins aux personnes résidentes n'ont pas été en mesure de fournir de la documentation ou des éléments à l'appui montrant qu'une réévaluation des comportements réactifs d'une personne résidente avait été effectuée.

Des membres du personnel ont confirmé que l'équipe du Projet OSTC ne suivait pas la personne résidente même si la documentation indiquait que celle-ci avait toujours des comportements réactifs.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Un membre de l'équipe du Projet OSTC et deux gestionnaires responsables des soins aux personnes résidentes n'ont pas été en mesure de fournir de la documentation ou des éléments à l'appui montrant des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs d'une personne résidente ou pour y réagir.

Des membres du personnel ont confirmé que l'équipe du Projet OSTC ne suivait pas la personne résidente même si la documentation indiquait que celle-ci avait toujours des comportements réactifs. Une ressource de soutien externe a indiqué qu'un aiguillage vers son programme avait été refusé en partie parce que l'équipe interne du Projet OSTC n'était pas activement impliquée.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; communications par courriel du foyer avec les ressources de soutien externes; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

Après l'apparition d'un risque environnemental, la chambre et la salle de toilettes d'une personne résidente ont dû faire l'objet de travaux. Dans le cadre d'une démarche d'observation, on a constaté que la chambre, la salle de toilettes et les effets personnels de la personne résidente étaient poussiéreux.

Les politiques concernant les normes et la fréquence de nettoyage (Cleaning Standards and Frequencies) de St. Joseph's Health Care London stipulent que le nettoyage d'un hôpital après des travaux de construction implique que les sols et les plinthes soient exempts de matériaux de construction, de poussière et de saletés, et que les surfaces horizontales, y compris les meubles, les rebords de fenêtres, les cadres et les planchers des aires occupées adjacentes aux travaux de construction soient exemptes de poussière visible. Le document précise également que le personnel responsable de l'entretien ménager doit effectuer le nettoyage quotidien de la chambre de la personne résidente, notamment des surfaces à fort contact et des surfaces horizontales, y compris la table de chevet, les étagères, les seuils, les rebords et les sols.

La personne responsable des services environnementaux a confirmé que la chambre de la personne résidente n'avait pas été maintenue à un niveau de propreté acceptable.

Sources : Démarches d'observation de la chambre et de la salle de toilettes de la personne résidente; dossiers cliniques de la personne résidente; politiques concernant les normes et la fréquence de nettoyage (Cleaning Standards and Frequencies) de St. Joseph's Health Care London; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 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.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (2).

On a omis d'administrer un médicament prescrit à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

L'examen des dossiers a permis de constater qu'un médicament à prendre n'avait pas été administré conformément à l'ordonnance. Lors d'un entretien, des membres du personnel ont confirmé que l'on avait omis d'administrer le médicament à la personne

résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Obligation de protéger

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

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.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :

Le titulaire du permis doit :

1. Tenir une réunion sur les soins avec l'équipe interdisciplinaire qui s'occupe de la personne résidente afin de passer en revue tous les aspects des soins de celle-ci. Doivent participer à cette réunion un membre de l'équipe interne du Projet OSTC, une ou un gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes, un membre de l'équipe chargée des soins de la peau et des plaies, une diététiste professionnelle ou un diététiste professionnel et tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire concerné. Il faut veiller à ce que la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial aient la possibilité de participer pleinement à la réunion.
 - a. Consigner, dans le dossier médical électronique de la personne résidente dans PointClickCare, des renseignements concernant la réunion sur les soins, y compris la date, les participants et les résultats de la réunion.
 - b. Examiner le programme de soins de la personne résidente après la réunion sur les soins et mettre à jour le programme de soins en y apportant les changements recommandés.
2. Élaborer et mettre en œuvre une procédure permettant de s'assurer que l'on mesure

et consigne chaque mois le poids de la personne résidente.

3. Réévaluer les comportements réactifs de la personne résidente afin d'identifier ses comportements déclencheurs et d'établir des stratégies et interventions visant à gérer ses comportements réactifs.
 - a. Élaborer et mettre à l'essai des techniques et des mesures d'intervention afin de prévenir ou de minimiser les comportements réactifs ou de réagir à ceux-ci.
 - b. Offrir à toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et à tous les membres du personnel agréé qui s'occupent de la personne résidente une formation d'appoint au sujet des politiques et procédures relatives aux comportements réactifs.
 - c. Consigner dans un dossier l'information sur la formation d'appoint, notamment la manière dont elle a été donnée, les membres du personnel l'ayant suivie et la date de celle-ci.

4. Veiller à ce que l'on consigne les refus de soins spécifiques de la personne résidente, et veiller à ce que l'on tente à nouveau de lui prodiguer ces soins et à ce que l'on consigne ces tentatives.
 - a. Offrir à toutes les PSSP du foyer qui s'occupent de la personne résidente une formation d'appoint au sujet des responsabilités des PSSP en ce qui a trait à l'évaluation de la peau et à la surveillance de l'état de celle-ci.
 - b. Consigner dans un dossier l'information sur la formation d'appoint, notamment la manière dont elle a été donnée, les membres du personnel l'ayant suivie et la date de celle-ci.

Motifs

On a omis de protéger une personne résidente contre la négligence; en effet, la personne résidente a manifesté des comportements réactifs qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi par l'équipe du Projet OSTC, et les membres du personnel ont omis d'appliquer des interventions pour lui prodiguer des soins ou de faire une autre tentative auprès d'elle pour lui prodiguer les soins.

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, on entend par « négligence » le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de London**130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800-663-3775

bien-être d'un ou de plusieurs résidents ».

On a constaté qu'une personne résidente présentait une importante altération de l'intégrité épidermique nécessitant des soins médicaux.

On a noté que cette personne résidente avait des comportements réactifs. Les dossiers ne font état d'aucune technique ou intervention appliquée par l'équipe interdisciplinaire pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs de la personne résidente ou pour réagir à ceux-ci ou les réévaluer. L'équipe du Projet OSTC n'effectuait pas un suivi actif de la personne résidente.

La personne résidente a refusé les soins, et les dossiers n'indiquent pas que l'on a fait régulièrement d'autres tentatives, que l'on a pris d'autres mesures ou que l'on a effectué un suivi; ainsi, on a manqué des occasions de réaliser les évaluations ou de prodiguer les soins requis. Le dossier ne fait pas non plus état d'évaluations régulières malgré les facteurs de risque connus. La personne résidente a demandé que des soins spécifiques lui soient prodigués, et la documentation indique que ces soins n'ont pas été prodigués ni réévalués.

La personne résidente devait recevoir un médicament prescrit, et les dossiers cliniques montrent qu'on a omis de lui administrer ce médicament conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. On n'a consigné aucune communication avec le prescripteur concernant le médicament non administré.

On a effectué de nombreux aiguillages vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel pour des préoccupations en particulier. Dans ses évaluations, la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a noté que l'on n'avait pas consigné le poids de la personne résidente. On a omis de peser la personne résidente au moment de son admission et tous les mois, ce qui est pourtant exigé.

On a omis de tenir annuellement une réunion sur les soins de la personne résidente, ce qui est pourtant exigé. La tenue d'une réunion annuelle sur les soins aurait permis de réévaluer les besoins de la personne résidente en matière de soins, de mettre à jour son programme de soins et d'évaluer le succès des interventions et les risques connexes.

Compte tenu des comportements réactifs continus et du fait que l'équipe interne du

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Projet OSTC n'était pas activement impliquée, le risque pour la personne résidente était élevé. Malgré les refus notés, rien n'indique que l'on a appliqué d'autres méthodes de surveillance ou effectué une réévaluation, ce qui a limité la capacité à identifier une détérioration de l'état de santé de la personne résidente. La détection tardive d'une blessure grave a entraîné un risque accru pour la personne résidente. L'absence de collaboration au sein de l'équipe interdisciplinaire a fait en sorte que l'on a omis de répondre aux besoins de la personne résidente et a entraîné de la négligence à son endroit.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique relative aux comportements réactifs (Responsive Behaviours) et politique relative aux soins de la peau et des plaies (Skin Care and Wound Management); entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 24 mars 2026

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un 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 d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur 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 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

a/s du coordonnateur des appels

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

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 :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

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 n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant 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 et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé 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 en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

(b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

(c) la décision de révision du directeur, 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.

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 suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

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

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

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.