

## Rapport public modifié Page de couverture (A1)

**Date d'émission du rapport modifié :** le 2 mars 2026

**Date d'émission du rapport initial :** le 27 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1592-0003 (A1)

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** The Corporation of the City of Kawartha Lakes

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Victoria Manor Home for the Aged,  
Lindsay

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport a été modifié pour :

Ordre de conformité (OC) n° 001 – référence à l'exigence de disposer d'un dossier des connaissances démontrées et de procéder à un examen des connaissances, et référence à la mention « immédiatement » dans le contexte de la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 31 mars 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 002 – obligation pour le titulaire de permis de conserver un dossier des connaissances démontrées et de procéder à un examen des connaissances, et la suppression de la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice sur demande. La date limite de mise en conformité est reportée au 31 mars 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 003 – supprimer la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 28 février 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 004 – supprimer la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 28 février 2025.

Aucune modification n'a été apportée à l'ordre de conformité (OC) n° 005 comportant une date limite de mise en conformité fixée au 10 janvier 2025.

## Rapport public modifié (A1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> le 2 mars 2026
<b>Date d'émission du rapport initial :</b> le 27 novembre 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1592-0003 (A1)
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique Suivi
<b>Titulaire de permis :</b> The Corporation of the City of Kawartha Lakes
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Victoria Manor Home for the Aged, Lindsay

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport a été modifié pour :

Ordre de conformité (OC) n° 001 – référence à l'exigence de disposer d'un dossier des connaissances démontrées et de procéder à un examen des connaissances, et référence à la mention « immédiatement » dans le contexte de la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 31 mars 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 002 – obligation pour le titulaire de permis de conserver un dossier des connaissances démontrées et de procéder à un examen des connaissances, et la suppression de la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice sur demande. La date limite de mise en conformité est reportée au 31 mars 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 003 – supprimer la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 28 février 2025.

Ordre de conformité (OC) n° 004 – supprimer la mention « immédiatement » en ce qui concerne la mise à disposition des dossiers à l'inspecteur ou à l'inspectrice. La date limite de mise en conformité est reportée au 28 février 2025.

Aucune modification n'a été apportée à l'ordre de conformité (OC) n° 005 comportant une date limite de mise en conformité fixée au 10 janvier 2025.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30 et 31 octobre 2024 et le 1<sup>er</sup> novembre 2024

L'inspection concernait :

- L'incident critique lié à des cas de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- L'incident critique lié à des cas de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- L'incident critique lié à l'utilisation de médicaments ayant entraîné le transfert de la personne résidente à l'hôpital.
- Le suivi n° : 1 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une date limite de mise en conformité fixée au 13 septembre 2024.
- L'incident critique ayant causé une blessure – étouffement.
- L'incident critique lié à la chute d'une personne résidente ayant causé une blessure.
- L'incident critique lié à des soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- L'incident critique lié à l'étouffement ayant entraîné le décès d'une personne résidente.
- L'incident critique lié à des cas de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.

Cette inspection a permis de traiter les signalements suivants :

- L'incident critique lié à la chute d'une personne résidente.
- L'incident critique lié à la chute d'une personne résidente.
- L'incident critique lié à la chute d'une personne résidente.
- L'incident critique lié à la chute d'une personne résidente.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1592-0001 lié à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Comportements réactifs
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

### AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

#### **Justification et résumé**

Lors de la visite initiale du foyer, les inspecteurs ou les inspectrices ont noté que des pièces comme la cuisinette (salles familiales) de chaque unité étaient accessibles à partir des aires communes des personnes résidentes. Une variété d'aliments, notamment du pain, des céréales, des biscuits et des paquets de confiture et de beurre d'arachide, a été observée sur les tables et les comptoirs.

Des observations ont été faites dans les salles familiales de deux sections du foyer. Les portes des salles des deux unités étaient ouvertes. L'affiche apposée sur les portes indiquait que celles-ci devaient être verrouillées en tout temps. Divers aliments ont été observés sur les comptoirs, notamment de la confiture, du beurre d'arachide, des paquets de craquelins et de biscuits et des contenants de céréales. Au moment de l'observation, aucune personne résidente ni aucun membre du personnel n'était présent dans la salle d'une unité. Une personne résidente était présente dans la salle familiale de la seconde unité.

Un membre du personnel a confirmé que la porte de la salle familiale devait toujours être verrouillée. Un autre membre du personnel a indiqué que la porte de la salle familiale était toujours ouverte.

Le fait de ne pas verrouiller les portes des sections où des aliments sont à la disposition de l'ensemble des personnes résidentes, y compris celles devant manger des aliments dans une texture modifiée et étant soumises à des restrictions alimentaires, les expose au risque d'ingestion d'aliments qui pourraient constituer un risque pour la sécurité.

**Sources** : observations des salles familiales et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 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 ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

### **Justification et résumé**

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant une chute ayant causé une blessure à une personne résidente pour laquelle cette dernière a été transportée à l'hôpital.

À trois reprises, une personne résidente a été observée assise dans son fauteuil roulant sur un coussin de siège avec un harnais en place.

Le ou la physiothérapeute a indiqué qu'il appartenait aux infirmiers et aux infirmières de décider si un harnais devait demeurer en place sous une personne résidente ou être retiré. Il ou elle a indiqué que le siège du fauteuil roulant de la personne résidente était doté d'un coussin. Il ou elle a indiqué que le coussin n'était pas efficace pour soulager la pression si un type particulier de harnais était laissé en place. Le ou la physiothérapeute a indiqué qu'un harnais conçu pour être fixé toute la journée pouvait être laissé en place, alors qu'un harnais imperméable devait être retiré.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) ont indiqué que le harnais ne devait pas être laissé sous la personne résidente toute la journée. Une autre PSSP n'était pas certaine du type de harnais qui pouvait être laissé sous une personne résidente toute la journée.

L'examen du programme de soins écrit de la personne résidente n'a fourni aucune documentation concernant le type de harnais à utiliser pour la personne résidente et si le harnais pouvait rester en place sous la personne résidente pendant toute la durée au cours de laquelle elle était assise dans le fauteuil roulant.

Le fait que le personnel ne dispose pas de directives claires concernant le harnais à utiliser a exposé la personne résidente au risque de recevoir des soins inappropriés.

**Sources** : observations de la personne résidente, entretiens avec le personnel et examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect de : l'alinéa 6 (11) b) de la LRSLD (2021)**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Programme de soins

Paragraphe 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant une chute ayant causé une blessure à une personne résidente pour laquelle cette dernière a été transportée à l'hôpital.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'elle avait subi quatre chutes au cours d'une période donnée. Un ou une IA a confirmé qu'aucune modification n'avait été apportée au programme de soins écrit de la personne résidente à la suite des chutes. L'IA a indiqué que des facteurs contribuant aux chutes ont été cernés peu après l'admission de la personne résidente. L'examen des notes d'évaluation du ou de la physiothérapeute a indiqué que la personne résidente avait besoin d'un équipement spécialisé pour atténuer le risque de chute.

Le ou la physiothérapeute a indiqué que jusqu'à ce qu'un appareil fonctionnel soit utilisé, d'autres stratégies étaient en place pour prévenir les chutes. Le ou la physiothérapeute a indiqué que l'équipement particulier n'empêcherait pas une chute de se produire. Le ou la physiothérapeute a indiqué que la surveillance continue constituait le seul moyen de prévenir une chute.

Un examen des rapports mensuels du programme de sécurité des personnes résidentes pour une période donnée ne contenait aucun renseignement sur les chutes de la personne résidente ni de recommandations visant à prévenir d'autres chutes.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que différentes approches soient prises en considération et à ce que le programme de soins soit révisé à la suite de chaque chute a exposé la personne résidente à un risque permanent de chute.

**Sources** : entretiens avec le personnel, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et examen du procès-verbal de la réunion du rapport mensuel

du programme de sécurité des personnes résidentes.

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)**

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel et les renseignements sur lesquels ils sont fondés soient immédiatement signalés au directeur ou à la directrice.

### **Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un rapport d'incident critique lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes ayant été soumis un jour en retard.

L'incident présumé a été consigné dans les dossiers cliniques de la personne résidente par un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a reconnu lors d'un entretien que le rapport avait été soumis tardivement et qu'il n'avait pas été signalé immédiatement.

Le fait de ne pas signaler immédiatement l'incident au directeur ou à la directrice n'a pas eu de répercussions sur la santé et la sécurité de l'ensemble des personnes résidentes et n'a pas posé de risques pour celles-ci.

**Sources** : notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 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;

### **Justification et résumé**

En observant une personne résidente au cours de l'inspection, l'inspecteur ou l'inspectrice a noté qu'aucun membre du personnel n'était présent dans l'aire commune, au poste des services infirmiers ni dans la salle des rapports d'une section du foyer identifiée pendant une période d'environ dix minutes. Les personnes résidentes étaient assises dans des fauteuils roulants et des chaises fixes au centre de la pièce et en périphérie.

Les observations ont été faites dans les aires communes de trois sections du foyer. Les personnes résidentes ont été observées assises dans des fauteuils roulants et des chaises fixes au centre de la pièce et en périphérie. Il n'y avait pas de sonnette d'appel dans l'aire commune devant le poste des services infirmiers où les personnes résidentes étaient rassemblées. Dans les trois unités, les sonnettes d'appel observées se trouvaient dans les petites salles à manger (pièce séparée adjacente à l'aire commune) et dans les salles familiales (qui doivent être verrouillées) de chaque unité.

Une PSSP a indiqué que si une personne résidente de l'aire commune avait besoin

d'aide, elle devait accéder à la sonnette d'appel dans la salle à manger ou appeler ou crier pour demander l'aide du personnel. La PSSP a indiqué que certaines personnes résidentes n'étaient pas au courant qu'une sonnette d'appel était à leur disposition dans la salle à manger ou n'y avaient pas accès.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les personnes résidentes, ainsi que l'ensemble du personnel et des visiteurs aient accès à un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans les aires communes, qui soit facilement visible, accessible et utilisable, a accru le risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources** : observations des aires communes dans trois unités et entretiens avec les PSSP.

## **AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant**

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

### **Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

### **Justification et résumé**

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant une chute ayant causé une blessure à une personne résidente pour laquelle cette dernière a été transportée à l'hôpital.

À trois reprises, une personne résidente a été observée assise dans un fauteuil roulant doté d'un harnais en matière synthétique (imperméable).

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'elle recevait des soins pour une blessure particulière. L'examen du programme de soins écrit de

la personne résidente n'a fourni aucune documentation concernant le type de harnais à utiliser pour la personne résidente et si le harnais pouvait rester en place sous la personne résidente pendant toute la durée au cours de laquelle est était assise dans le fauteuil roulant.

L'examen des instructions du fabricant pour le harnais en question a montré que les harnais faits de matériel non tissé ne sont destinés à être utilisés que pendant une période limitée. Si la décision consiste à faire asseoir le patient ou la patiente sur le harnais pendant une période quelconque entre les transferts, un programme de soins approprié doit être établi, une attention particulière devant être portée aux points de pression et à des intervalles de changements de position fréquents.

Le ou la physiothérapeute a indiqué qu'une surface de soulagement de la pression (coussin) sur un siège de fauteuil roulant est inefficace si un harnais en matière synthétique (imperméable) est maintenu en place sous une personne résidente toute la journée.

Le non-respect des instructions du fabricant concernant l'utilisation du harnais a exposé la personne résidente à un risque de subir des lésions de pression.

**Sources** : observations de la personne résidente, entretien avec le ou la physiothérapeute et examen des dossiers cliniques de la personne résidente et des instructions du fabricant.

## **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

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

### **Non-respect du : paragraphe 54 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (3).

### Justification et résumé

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant un incident ayant causé une blessure à une personne résidente pour laquelle cette dernière a été transportée à l'hôpital.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'elle avait été identifiée comme présentant un risque élevé de chute lors de son admission et qu'elle avait subi quatre chutes depuis son admission.

L'IA a indiqué qu'à la suite de la troisième chute de la personne résidente, une discussion a eu lieu avec la famille de la personne résidente qui a demandé qu'un appareil d'aide personnelle soit ajouté au fauteuil roulant. Aucune modification n'a été apportée au programme de soins provisoire et aucune mesure d'intervention n'a immédiatement été mise en place pour prévenir une autre chute.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'un appareil fonctionnel soit facilement accessible au sein du foyer et fixé à l'appareil d'aide à la mobilité de la personne résidente l'a exposée à un risque permanent de chute.

**Sources :** entretien avec l'IA et examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

### AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour

répondre aux besoins d'une personne résidente présentant des comportements réactifs, y compris la mise en œuvre de mesures d'intervention, et à ce que les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention soient documentées.

### **Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice concernant de mauvais traitements physiques entre personnes résidentes. L'incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur ou à la directrice, ce qui a entraîné un retard dans la réponse au comportement réactif de la personne résidente.

La personne résidente avait des antécédents connus de comportements réactifs et des ordonnances de mesures d'intervention médicale devaient être mises en place toutes les six heures, au besoin. L'examen des dossiers cliniques a révélé que le système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) n'avait pas été mis en place à la suite de l'incident.

Au cours d'un entretien, l'IAA du Projet OSTC a indiqué qu'une surveillance dans le cadre du système d'observation de la démence aurait dû être amorcée à la suite de l'incident et que des mesures d'intervention médicale auraient dû être administrées comme prescrit lorsque le comportement de la personne résidente s'est aggravé.

La politique de gestion des comportements réactifs du foyer de soins de longue durée indiquait que si une personne résidente présente des antécédents de comportements réactifs connus au moment de l'emménagement, un système d'observation de la démence du Projet OSTC doit être mis en place et un aiguillage ou une évaluation doit être effectué aux termes du Projet OSTC afin d'évaluer les risques et d'élaborer un plan visant à réduire au minimum les risques pour autrui.

Le fait de ne pas administrer les mesures d'intervention médicale nécessaires à la personne résidente et de ne pas amorcer sa surveillance dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC a entraîné une escalade des comportements réactifs et a causé davantage de préjudices aux personnes résidentes.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, dossier d'administration des

médicaments, gestion des comportements réactifs et entretien avec l'IAA du  
Projet OSTC.

## AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

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

### **Non-respect du : paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou  
verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins  
fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du  
possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours  
ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un  
préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé  
à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.
2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les  
10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours  
ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à  
laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et  
une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans  
les circonstances.
3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :
  - i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au  
sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des  
patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*;
  - ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :
    - A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
    - B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
  - iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en  
application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

### **Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur ou à la directrice concernant l'utilisation d'un médicament précis qui a entraîné le transport d'une personne résidente à l'hôpital. Un membre de la famille de la personne résidente a déposé une plainte auprès du foyer concernant les soins liés à la gestion des maladies.

Un examen des documents contenus dans le dossier d'enquête du foyer a montré qu'aucune réponse à la plainte n'avait été formulée. Aucune réponse écrite à la plainte n'a été jointe sous la forme d'un dossier au rapport d'IC.

Le ou la gestionnaire des services aux personnes résidentes et aux familles a indiqué être au courant de la plainte et l'avoir transmise au directeur ou à la directrice des soins infirmiers, car elle était de nature clinique. Un membre du personnel a indiqué qu'une réponse à une plainte écrite est requise dans les 10 jours qui suivent la réception de la plainte.

Le fait de ne pas avoir fourni de réponse à la plainte peut avoir compromis la capacité du foyer à faire preuve d'une préoccupation authentique en ce qui concerne la prestation de soins sûrs et appropriés.

**Sources** : entretien avec le personnel, dossier d'enquête sur l'IC du foyer et examen du dossier clinique de la personne résidente.

(A1)

**L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Formation**

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 82 (2) de la LRSLD (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.

3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

**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)] :**

1. L'équipe de direction, dirigée par l'administrateur ou l'administratrice, doit donner une formation en personne relevant de tous les domaines exigés en vertu du paragraphe 82 (2) de la LRSLD (2021) à l'ensemble du personnel de Madyn Security et à tout autre membre du personnel embauché par l'intermédiaire d'une agence tierce.
2. Un registre écrit de toutes les formations visées à la disposition 1 doit être conservé. Celui-ci doit comprendre la nature de la formation dispensée, la personne qui l'a dispensée, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature des membres du personnel ayant suivi la formation. Ces registres doivent être mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.
3. L'administrateur ou l'administratrice doit élaborer un processus visant à veiller à ce que le personnel nouvellement embauché, y compris le personnel retenu par une agence tierce, reçoive la formation requise en vertu du paragraphe 82 (2) ainsi que toute autre formation requise propre à son rôle, avant d'assumer ses responsabilités au sein du foyer de soins de longue durée. En cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles et imprévues, la formation doit être dispensée dans un délai d'une semaine à compter du moment où la personne commence à exercer ses responsabilités.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

4. L'administrateur ou l'administratrice ou une personne désignée par la direction doit procéder à une vérification de l'ensemble du personnel retenu par une agence tierce travaillant au sein du foyer, ainsi que de l'ensemble du personnel embauché par le foyer du 1<sup>er</sup> janvier 2024 jusqu'à présent, afin de veiller à ce que toute la formation requise ait été suivie et que le foyer dispose d'un registre écrit de cette formation. Toute lacune constatée sera consignée et ces membres du personnel devront immédiatement être formés conformément aux exigences prévues par la loi. Un registre écrit de cette vérification doit être conservé, y compris la mesure corrective, et mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel du foyer n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation relevant des domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

**Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer, il a été constaté qu'un membre du personnel d'une agence tierce était assis à l'extérieur d'une chambre où une affiche indiquait que la personne résidente faisant l'objet d'une surveillance individuelle était soumise à des précautions supplémentaires. L'inspecteur ou l'inspectrice a

demandé au membre du personnel d'indiquer son rôle au sein du foyer et s'est enquis de la formation qu'il avait reçue de la part du foyer avant d'entrer en fonction au sein de l'établissement.

Le ou la responsable du Projet OSTC a indiqué que l'orientation du personnel d'agence nouvellement embauché au foyer est assurée grâce à une autoévaluation fondée sur le guide d'accueil du personnel d'agence. Le ou la responsable du Projet OSTC a indiqué qu'aucune formation formelle, en personne, n'était dispensée au personnel d'agence de la part du foyer ni de formation aux procédures d'urgence ou aux procédures d'évacuation.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que les nouveaux membres du personnel doivent lire le guide et recevoir ensuite des formations supplémentaires de la part d'autres membres du personnel concernant les politiques et les procédures du foyer. Le ou la DSI a indiqué qu'il n'y avait pas d'examen visant à confirmer les connaissances une fois que les nouveaux membres du personnel avaient lu le guide. Le ou la DSI a indiqué que le personnel de sécurité individuelle doit intervenir en cas d'altercation avec la personne résidente qu'il surveille ou si une réorientation est nécessaire.

Le personnel de sécurité a indiqué que le foyer attendait de lui qu'il lise le guide d'accueil du personnel d'agence fourni et qu'il signe un formulaire d'attestation indiquant qu'il avait lu le guide. Le personnel de sécurité a indiqué qu'il n'avait reçu aucune des politiques et procédures indiquées sur le formulaire d'attestation concernant les codes d'urgence, les protocoles de mise en œuvre des contentions, la déclaration des droits des résidents, la prévention des mauvais traitements et de la négligence, la manipulation sûre des personnes résidentes et la contention. Aucun des deux employés n'a été en mesure de décrire la façon d'évacuer en toute sécurité une personne résidente en fauteuil roulant du deuxième étage du bâtiment en cas de situation d'urgence. Aucun des deux membres du personnel n'a été en mesure d'expliquer ce que constituait un code d'urgence.

Un examen du guide d'accueil du personnel d'agence indiquait qu'il fournit un aperçu des conseils liés à la communication, un paragraphe relatif à la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, aux procédures en cas d'incendie, aux codes utilisés au sein du foyer et aux mesures de sécurité relatives au bâtiment. Les renseignements concernant la déclaration des droits des résidents

et la politique du titulaire de permis relative aux responsabilités de la personne ne figuraient pas dans le guide.

Le fait que l'ensemble du personnel n'ait pas participé à l'orientation requise a fait courir un risque de préjudice aux personnes résidentes.

**Sources :** entretiens avec le ou la responsable du Projet OSTC, le ou la DSI et le personnel de l'agence et examen du guide d'accueil du personnel de l'agence Sienna et des formulaires d'attestation.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 mars 2025.**

**(A1)**

**L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 002**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 102 (7) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

3. Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des résidents.

**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)] :**

1. La personne responsable de la PCI, en collaboration avec chaque gestionnaire de service, doit procéder à une évaluation des compétences en matière de PCI requises pour tous les emplois au sein du foyer.

2. L'administrateur ou l'administratrice doit veiller à ce que la personne responsable de la PCI élabore et supervise la mise en œuvre d'un programme de

formation et d'éducation en personne en matière de PCI à l'intention du personnel non clinique d'agence, qui comprend sans s'y limiter l'hygiène des mains, le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés de l'ÉPI, la distanciation physique, l'étiquette respiratoire et les pratiques de PCI applicables.

3. La personne responsable de la PCI doit veiller à ce que l'ensemble du personnel non clinique de l'agence suive les modules de formation en matière de PCI à l'intention du personnel non clinique d'agence de Santé publique Ontario (SPO), tels qu'ils sont proposés sur le site Web de SPO.

4. La personne responsable de la PCI doit veiller à ce que les registres de la formation consignés par écrit soient conservés. Le registre doit comprendre la nature de la formation dispensée, la personne qui l'a dispensée, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature des membres du personnel d'agence ayant suivi la formation. Les registres doivent être mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

## **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en vertu du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes dans le foyer : superviser la prestation de la formation en matière de prévention et de contrôle des infections à l'ensemble du personnel.

## **Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer, il a été constaté qu'un membre du personnel de sécurité d'une agence tierce était assis à l'extérieur d'une chambre où une affiche indiquait que la personne résidente faisant l'objet d'une surveillance individuelle nécessitait des précautions supplémentaires. Il a été demandé au membre du personnel d'expliquer ce que l'affiche signifiait. Le personnel de sécurité de l'agence n'a pas été en mesure de verbaliser une compréhension de l'affiche ou de ses responsabilités liées à l'application des précautions supplémentaires et au port d'ÉPI s'il devait entrer dans la chambre.

L'examen du guide d'accueil du personnel d'agence fourni par le foyer et utilisé pour former les nouveaux membres du personnel contenait un très court

paragraphe sur la PCI avec des renseignements limités sur l'importance du lavage des mains et du port d'ÉPI requis et le fait que le personnel ne devait pas se rendre sur le lieu de travail s'il était malade.

Le ou la responsable actuel de la PCI est en poste depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2024 et a indiqué qu'elle n'avait pas dispensé de formation sur la PCI au personnel de l'agence. Le ou la responsable intérimaire de la PCI précédente a également indiqué qu'elle n'avait pas dispensé de formation sur la PCI au personnel de l'agence.

Le fait que le personnel n'ait pas reçu de formation en matière de PCI avant d'entrer en fonction au foyer a exposé les personnes résidentes à un risque de propagation d'infection.

**Sources** : entretiens avec le ou la responsable intérimaire et le ou la responsable actuel de la PCI et le personnel de l'agence et examen du guide d'accueil du personnel d'agence.

**Cet ordre doit être respecté au plus tard le** : 31 mars 2025.

(A1)

L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 003

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 102 (12) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (12) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

4. Le personnel fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur ou la directrice en application du paragraphe (2).

**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)] :**

1. L'administrateur ou l'administratrice, en collaboration avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), doit mettre en place une procédure visant à garantir que tous les membres du personnel embauchés pour travailler au foyer, y compris le personnel d'agence, fournissent un exemplaire des résultats de leur test de dépistage cutané de la tuberculose avant de travailler au sein de l'établissement. Un exemplaire de ces résultats doit être conservé au foyer.
2. L'administrateur ou l'administratrice ou le ou la responsable de la PCI doit examiner les dossiers de ressources humaines de l'ensemble des membres du personnel embauchés depuis janvier 2023, y compris le personnel de l'agence, afin de veiller à ce qu'un test de dépistage cutané de la tuberculose valide soit effectué et que les résultats soient conservés dans les dossiers du foyer. Dans le cas où un test de dépistage cutané de la tuberculose valide n'a pas été effectué chez certains membres du personnel du foyer ou de l'agence, ceux-ci doivent faire l'objet d'un test de dépistage cutané de la tuberculose et pourraient ne pas être autorisés à travailler au sein du foyer tant qu'un document valide n'a pas été fourni.
3. Le foyer doit conserver sur place un exemplaire des résultats du test de dépistage cutané de la tuberculose valide de l'ensemble du personnel, y compris le personnel de l'agence, et mettre ces dossiers à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

## **Motifs**

### **Justification et résumé**

Lors de la visite initiale du foyer, le personnel de sécurité de l'agence a été interrogé sur la formation qu'il avait reçue avant de commencer à travailler au sein du foyer. Au cours de l'inspection, il a été constaté que le foyer ne disposait pas de dossiers d'employés pour le personnel d'agence du foyer embauché par un fournisseur tiers.

Un examen de la liste des employés de Madyn Security indiquant les noms des membres du personnel actuellement employés par le foyer a été remis aux inspecteurs ou aux inspectrices le premier jour de l'inspection. Aucune date n'indiquait le moment où la liste avait été créée.

L'administrateur ou l'administratrice a indiqué que, parmi les 41 employés figurant

sur la liste des employés de Madyn Security, le foyer ne disposait d'un exemplaire des résultats du test cutané de dépistage de la tuberculose que pour 11 d'entre eux. L'administrateur ou l'administratrice a indiqué que ces dossiers n'étaient pas conservés au foyer.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel de l'agence de Madyn Security ait effectué un test de dépistage cutané de la tuberculose a augmenté le risque que les personnes résidentes et les autres membres du personnel ne soient pas protégés contre une exposition potentielle à une maladie infectieuse.

**Sources :** entretien avec l'administrateur ou l'administratrice et examen de la liste du personnel de sécurité de l'agence actuellement employé par l'intermédiaire d'un fournisseur tiers.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 février 2025.**

(A1)

L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 004

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 004 Embauche du personnel et acceptation de bénévoles**

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

### **Non-respect du : paragraphe 252 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Paragraphe 252 (3) La vérification du dossier de police doit consister en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables visée à la disposition 3 du paragraphe 8 (1) de la Loi de 2015 sur la réforme des vérifications de dossiers de police et être effectuée afin d'établir si la personne est apte à devenir un membre du personnel.

### **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)] :**

1. L'administrateur ou l'administratrice doit mettre en place un processus visant à garantir que tous les membres du personnel embauchés pour travailler au foyer, y compris le personnel de l'agence et tous les bénévoles, fournissent une preuve

d'une vérification du dossier de police et d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, avant de travailler au sein du foyer. Un exemplaire de la preuve de cette vérification de dossier de police doit être conservé au foyer.

2. L'administrateur ou l'administratrice ou une personne désignée par la direction doit examiner les dossiers de ressources humaines de l'ensemble des membres du personnel embauchés depuis janvier 2023, y compris le personnel de l'agence, afin de veiller à ce qu'une vérification valide du dossier de police consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables ait été effectuée et que celle-ci soit conservée dans les dossiers du foyer. Si certaines vérifications valides de dossier de police n'ont pas été effectuées, les membres du personnel ou les membres du personnel de l'agence concernés doivent immédiatement demander une vérification de dossier de police consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables et pourraient ne pas être autorisés à travailler au sein du foyer tant qu'une preuve d'une vérification valide n'a pas été fournie. 3. Le foyer doit conserver sur place une preuve d'une vérification valide de dossier de police consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables de l'ensemble du personnel, y compris le personnel de l'agence et tous les bénévoles, et mettre ces dossiers à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

### **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une vérification de dossier de police est requise avant qu'un titulaire de permis n'embauche un membre du personnel, en vertu du paragraphe 81 (2) de la Loi, cette vérification consiste en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

### **Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer, les inspecteurs ou les inspectrices ont remarqué que des membres du personnel étaient habillés en vêtements de ville et ne portaient pas d'identifiant, et qu'ils étaient assis à l'extérieur de différentes chambres de personnes résidentes. Au cours de la conversation, il a été constaté que le personnel embauché pour effectuer une surveillance individuelle des personnes résidentes n'avait pas fait l'objet d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

Conformément au paragraphe 80 (2) de la LRSLD (2021), « personnel d'agence » désigne l'ensemble du personnel qui travaille au sein du foyer de soins de longue durée en vertu d'un contrat conclu entre le titulaire de permis et une agence d'emploi ou un autre tiers. Conformément aux termes du paragraphe 81 (3) de la LRSLD (2021), un membre du personnel qui relève d'une agence est considéré comme étant embauché à partir de son premier jour de travail au foyer.

Le foyer a fait appel à un entrepreneur tiers pour assurer une surveillance individuelle des personnes résidentes. Il a été demandé à l'administrateur ou à l'administratrice de fournir les dossiers personnels, y compris les documents faisant état d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables du personnel de sécurité travaillant au sein du foyer et embauché par l'intermédiaire de l'entrepreneur tiers. L'administrateur ou l'administratrice n'a pas fourni ces documents. Une demande a été formulée à l'administrateur ou à l'administratrice pour qu'il ou elle fournisse une copie du contrat conclu avec l'entrepreneur tiers. L'administrateur ou l'administratrice a indiqué que le foyer travaille actuellement à la création d'un contrat avec le fournisseur. Un contrat écrit n'a pas été fourni à l'inspecteur ou à l'inspectrice à la fin de l'inspection.

Le ou la responsable du Projet OSTC, qui est conjointement responsable avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) de la surveillance du personnel embauché par l'intermédiaire de l'entrepreneur, a indiqué que le foyer avait recours à cette agence de sécurité depuis novembre 2023. Le ou la DSI intérimaire actuel(le) est entré(e) en fonction en septembre 2024 et n'avait qu'une connaissance limitée des interactions et des ententes conclues avec l'entrepreneur tiers.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'ensemble du personnel embauché au sein du foyer fasse l'objet de la vérification de dossier de police requise consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, avant de travailler au foyer, a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice.

**Sources :** entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice, le ou la responsable du Projet OSTC et le ou la DSI intérimaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 février 2025.**

(A1)

L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 005

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005, Lieu de conservation des dossiers**

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 281 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Lieu de conservation des dossiers

Paragraphe 281 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les dossiers suivants soient conservés au foyer :

1. Les dossiers des membres du personnel actuels.
2. Les dossiers des bénévoles actuels.
3. Les dossiers des membres actuels de son conseil d'administration, de son conseil de gestion, de son comité de gestion ou d'une autre structure de gouvernance.

### **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)] :**

1. L'administrateur ou l'administratrice doit confier à un membre de l'équipe de la direction la responsabilité d'élaborer un processus de tenue des dossiers du personnel autorisé de l'agence.

En particulier :

1. Tous les documents attestant des qualités liées au poste pour lequel il a été embauché.
2. Tous les dossiers de formation.
3. Les vérifications de dossier de police, y compris les vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.
4. Les résultats du test de dépistage cutané de la tuberculose.

### **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas tenu de registres du personnel autorisé embauché par l'agence.

**Justification et résumé**

L'inspecteur ou l'inspectrice a demandé au foyer de fournir les dossiers de formation et la preuve d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables de deux membres du personnel autorisé de l'agence travaillant actuellement au sein du foyer. Le dossier d'un seul membre du personnel a été fourni à l'inspecteur ou à l'inspectrice.

Lors d'un entretien avec le ou la DSI, celui-ci ou celle-ci a reconnu que le FSLD ne tient pas de dossiers relatifs au personnel de l'agence. Lors d'un entretien de suivi, le directeur général ou la directrice générale (DG) a confirmé qu'aucun dossier relatif au personnel de l'agence n'était conservé au foyer au moment de l'inspection. Le ou la DG a indiqué qu'il ou elle n'était pas au courant des exigences relatives à la tenue des dossiers relatifs au personnel de l'agence au foyer.

Lorsque le titulaire de permis n'a pas conservé au sein du foyer les dossiers relatifs aux membres du personnel actuel, il n'a pas été en mesure de confirmer les qualités appropriées, les vérifications de dossier de police, le bilan d'immunisation et la formation du personnel de l'agence.

**Sources :** dossiers au foyer et entretien avec le ou la DG et le ou la DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
10 janvier 2025.

## 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 permis 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 pas 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  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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 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 suivants 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<sup>e</sup> 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

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).