

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1419-0002

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : St. Joseph's at Fleming

Foyer de soins de longue durée et ville : St. Joseph's at Fleming, Peterborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 1^{er} et 2, du 5 au 9, du 12 au 16 et du 20 au 22 mai 2025.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à un incident lié à un médicament.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente.
- Une demande liée à une blessure de cause inconnue d'une personne résidente.
- Une demande liée à une personne résidente portée disparue.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une personne résidente portée disparue.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation d'utilisation inappropriée d'une contention.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une blessure de cause inconnue.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à une plainte portant sur des allégations de négligence envers une personne résidente.
- Suivi n° 1, ordre de conformité (OC) n° 004, paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021), Politique visant à promouvoir la tolérance zéro, inspection n° 2024-1419-0003. Date d'échéance de mise en conformité : le 31 mars 2025.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Suivi n° 1, OC n° 002, paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021), Programme de soins, inspection n° 2024-1419-0003. Date d'échéance de mise en conformité : le 3 mars 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 001, paragraphe 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments, inspection n° 2024-1419-0003. Date d'échéance de mise en conformité : le 31 mars 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 003, article 7 de la *LRSLD* (2021), Consentement, inspection n° 2024-1419-0003. Date d'échéance de mise en conformité : le 3 mars 2025.
- Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente.
- Une plainte portant sur des préoccupations d'un membre du personnel.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.
- Deux demandes liées à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1419-0003 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1419-0003 en vertu du paragraphe 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1419-0003 en vertu de l'article 7 de la *LRSLD* (2021)

L'inspection a établi la **NON**-conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1419-0003 en vertu du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

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
- Soins liés à l'incontinence
- Gestion des médicaments
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Rapports et plaintes
- Soins palliatifs
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes
- Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix d'une personne résidente soient respectés, puisqu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a mis le haut de pyjama à la personne résidente alors que cette dernière indiquait qu'il était trop tôt et qu'elle voulait attendre.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, rapport d'incident critique (RIC) et dossiers d'enquête interne.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait la possibilité de participer à la mise en œuvre de son programme de soins. Une personne résidente a fait une chute et se plaignait de douleur. La personne résidente a demandé au personnel autorisé de la transférer à l'hôpital, mais elle n'y a été envoyée que plus tard le même jour. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que la personne résidente était son propre mandataire spécial et que le personnel autorisé aurait dû transférer la personne à l'hôpital quand cette dernière l'a demandé.

Sources : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 ne fasse l'objet d'aucune négligence de la part d'une PSSP.

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit « mauvais traitements d'ordre physique » comme étant l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La personne résidente opposait une résistance face aux soins et a subi une blessure lorsqu'une PSSP a continué de lui prodiguer ses soins personnels. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que, lorsque la personne résidente opposait activement une résistance, la PSSP aurait dû arrêter de lui prodiguer les soins. La personne responsable de la section accessible aux résidents a également confirmé que le fait que la PSSP n'ait pas cessé les soins a entraîné une blessure chez la personne résidente.

Sources : Politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, dossiers cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence soit respectée. Les évaluations de trois personnes résidentes n'ont pas été réalisées immédiatement après le signalement des allégations de soins administrés de façon inappropriée. Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) et la police n'ont pas été informés immédiatement des allégations comme l'exige la politique du foyer en matière de mauvais traitements.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Trois RIC, dossiers d'enquête interne, politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (personnes résidentes).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence soit respectée par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). La politique du foyer de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence indiquait qu'il incombait à l'employé qui a observé ou qui soupçonne un cas de mauvais traitements ou de négligence de signaler immédiatement l'incident de mauvais traitements observés, soupçonnés ou allégués à l'infirmière responsable ou à la personne désignée. Un membre de la famille d'une personne résidente a signalé que cette dernière n'avait pas reçu de soins liés à l'incontinence quand elle a actionné sa sonnette d'appel. Une infirmière autorisée (IA) a mentionné que l'IAA ne lui avait signalé l'allégation de négligence que le lendemain. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que l'IAA n'avait signalé l'allégation de négligence à l'IA que le lendemain, moment où la Ligne ACTION du MSLD a été appelée.

Sources : RIC, politique visant à promouvoir la tolérance zéro, dossiers cliniques, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée, puisque les soins liés à l'incontinence d'une personne résidente ont été reportés à deux reprises. La directrice des soins aux résidents et une personne responsable de la section accessible aux résidents ont confirmé qu'il n'y avait pas de traces de formulaires d'enquête remplis ou d'entretiens menés avec le personnel accusé et les témoins après le signalement des allégations de négligence. L'IA et la personne responsable de la section accessible aux résidents ont dit avoir réalisé l'évaluation de la peau de la tête aux pieds de la personne résidente après le signalement des allégations de négligence.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Aucun document n'a été fourni pour confirmer que le personnel autorisé avait réalisé une évaluation de la personne résidente.

Sources : Deux RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (personnes résidentes) et entretiens avec le personnel.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée, puisque le mandataire spécial d'une personne résidente a signalé à l'IA que le personnel n'utilisait pas la toile de la personne résidente correctement. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé qu'il n'y avait pas de traces de formulaires d'enquête remplis ou d'entretiens menés avec le personnel accusé et les témoins après le signalement des allégations de soins administrés de façon inappropriée.

Sources : RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (personnes résidentes) et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

1. Le titulaire de permis n'a pas transmis au directeur une plainte portant sur une allégation de préjudice envers une personne résidente.

Le mandataire spécial d'une personne résidente a envoyé par courriel au titulaire de permis une plainte écrite faisant état de préoccupations concernant de la négligence et les soins. La personne responsable de la section accessible aux résidents n° 148 a reçu le courriel et n'a pas transmis la plainte écrite au directeur.

Sources : RIC et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

2. Le titulaire de permis n'a pas transmis au directeur une plainte concernant une personne résidente.

Le mandataire spécial d'une personne résidente a transmis par courriel au titulaire de permis une plainte écrite faisant état de préoccupations concernant les soins et la communication. La personne responsable de la section accessible aux résidents n° 105 a reçu ce courriel et n'a pas transmis la plainte écrite au directeur.

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de négligence envers une personne résidente fasse l'objet d'une enquête immédiate. Une IAA a mentionné qu'elle n'avait pas participé à un quelconque suivi de l'incident et qu'elle n'avait connaissance d'aucune enquête menée concernant l'allégation. Le RIC ne comprenait pas de mesures à long terme ni de résultats de l'enquête interne. Aucun document ne démontrait que la personne responsable de la section accessible aux résidents n° 148 avait communiqué avec le personnel visé. La directrice des soins aux résidents a mentionné qu'aucune modification n'avait été apportée au programme de soins de la personne résidente pour prévenir que des incidents similaires se reproduisent. La directrice des soins aux résidents a confirmé que le processus d'enquête du foyer n'avait pas été suivi.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, RIC, dossiers d'enquête interne et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (iii) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (iii) tout autre acte que prévoient les règlements;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une enquête soit menée lorsqu'il a été constaté qu'une personne résidente avait une blessure de cause inconnue. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital aux fins d'évaluation et aucune enquête n'a été menée.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, RIC et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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

Non-respect : de l'alinéa 27 (1) b) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

Le titulaire de permis n'a pas pris les mesures appropriées en réponse à une allégation de négligence.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un RIC portant sur une allégation de négligence envers une personne résidente a été présenté au directeur. Le RIC indiquait qu'une évaluation de la tête aux pieds et une évaluation visant à détecter tout signe de détresse psychologique ou émotionnelle seraient réalisées immédiatement en réponse à l'allégation. Cependant, lorsque le dossier clinique de la personne résidente a été examiné, rien n'indiquait qu'une évaluation de la tête aux pieds avait été réalisée. De plus, bien que les dossiers cliniques indiquaient que la personne résidente serait évaluée pour détecter de la détresse psychologique et émotionnelle au moyen d'un outil du système d'observation de la démence (DOS), l'examen de la documentation du DOS a montré que l'évaluation était incomplète.

Sources : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

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

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 28 (1) 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer immédiatement le directeur lorsqu'une PSSP a signalé à l'IA des allégations de soins liés à l'incontinence

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

administrés de façon inappropriée. L'IA a reconnu que la personne résidente avait été incontinente et avait eu besoin de soins immédiats liés à l'incontinence, et que le directeur n'en avait pas été informé. Un RIC portant sur les allégations de soins administrés de façon inappropriée a été présenté au directeur quelques jours après l'incident.

Sources : RIC et entretien avec l'IA.

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

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) 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 qu'une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel entre deux personnes résidentes soit immédiatement signalée au directeur.

Sources : RIC et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Vérification de dossier de police

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 81 (2) de la *LRSLD* (2021)

Présélection

Paragraphe 81 (2) La présélection comprend une vérification de dossier de police, sauf si la personne visée par la présélection est âgée de moins de 18 ans.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à effectuer une vérification de dossier de police pour une PSSP lorsque cette dernière a été embauchée.

Sources : Dossier d'employé d'une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'OC n° 004 de l'inspection n° 2024_1419_0003 signifié le 9 décembre 2024, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 31 mars 2025.

Les mesures correctives requises n'ont pas été prises par la directrice des soins aux résidents ou la personne désignée conformément à la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence quand des irrégularités sont survenues.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La vérification concernant la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence effectuée conformément à l'ordre a été menée durant six semaines. La personne responsable de la section accessible aux résidents n° 105 a confirmé que, durant la période de la vérification, les mesures correctives décrites aux points 3 et 4 dans l'ordre de conformité étaient incomplètes.

Sources : OC n° 004 de l'inspection n° 2024_1419_0003, vérifications et entretien avec la personne responsable de la section accessible aux résidents n° 105.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA n° 001)

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'avis écrit (Problème de conformité n° 012)

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la *Loi*.

Historique de la conformité

Aucun historique.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (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.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées.

Plus précisément, le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer n'a pas été suivi lorsqu'une personne résidente est tombée. La politique indiquait que lorsqu'une personne résidente tombe, la PSSP doit en informer le personnel autorisé pour que la personne soit évaluée avant d'être déplacée, et le personnel autorisé doit réaliser et consigner une évaluation postérieure à la chute, un examen

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de dépistage des traumatismes crâniens, une gestion des risques et une évaluation de la tête aux pieds. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que les PSSP n^{os} 103 et 139 n'avaient pas informé le personnel autorisé pour que la personne résidente soit évaluée avant d'être déplacée. La personne responsable de la section accessible aux résidents a également confirmé qu'après la chute de la personne résidente, le personnel autorisé n'avait pas réalisé d'évaluation de la tête aux pieds, d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, d'évaluations postérieures à la chute et de gestion des risques. Ainsi, le personnel autorisé et les PSSP n'ont pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes.

Sources : RIC, politique du programme de prévention et de gestion des chutes, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n^o 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur ressentie par une personne résidente après s'être blessée soit gérée, ni à ce que la politique de gestion de la douleur soit respectée.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit avoir un programme de gestion de la douleur pour déceler et gérer la douleur des personnes résidentes, et ce programme doit être respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du titulaire de permis, puisque le personnel infirmier autorisé n'a pas suivi l'arbre décisionnel pour l'évaluation de la douleur, comme l'exige la politique. L'état de santé de la personne résidente avait changé, les interventions initiales n'avaient pas apaisé sa douleur et les autres approches pour gérer la douleur n'avaient pas été consignées. La douleur de la personne résidente était évaluée au moyen de l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (évaluation PAINAD), d'une échelle numérique et d'une évaluation complète de la douleur. Le score de la douleur de la personne résidente était de 5 ou plus à la fois sur l'échelle numérique et sur l'échelle de l'évaluation PAINAD, à plusieurs reprises. La personne résidente avait besoin d'un antidouleur à prendre au besoin durant plus de 72 heures et le médecin ou l'infirmière praticienne n'avaient pas été informés lorsque la douleur de cette personne n'était pas bien contrôlée. Le programme de soins de la personne résidente n'était pas basé sur l'état évalué de cette dernière ni sur la région, le type et l'évolution des épisodes de douleur, de même que sur les facteurs contributifs.

Sources : Politique de gestion de la douleur, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une ecchymose soit réévaluée au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé. La personne responsable de la section accessible aux résidents n° 107 a reconnu que des évaluations hebdomadaires auraient dû être réalisées.

Sources : Politique du programme de soins de la peau et des plaies, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente incontinente dispose d'assez de produits pour incontinence de rechange, pour demeurer propre

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

et au sec et se sentir en confort, la personne résidente ayant été trouvée avec des vêtements et du linge de lit imbibés d'urine.

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive les soins liés à l'incontinence nécessaires pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort. Les notes d'enquête et les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente faisait de l'incontinence fécale la nuit. La PSSP n° 134 et la PSSP étudiante n° 140 ont mentionné que la personne résidente avait des selles sèches sur les doigts et sur la peau. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que des soins adéquats liés à l'incontinence n'avaient pas été fournis durant la nuit, puisque la personne résidente avait été observée avec des selles sèches sur les doigts et sur la peau le matin.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente incontinente ait assez de produits pour incontinence de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort, la personne résidente ayant été trouvée avec des vêtements et des culottes imbibés à deux reprises.

Sources : Deux RIC.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente incontinente ait assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort. Il a été constaté que la culotte d'incontinence, le linge de lit et les vêtements de la personne résidente étaient imbibés d'urine.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Documentation de Point of Care et RIC.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente lorsque cette dernière a refusé les soins.

Les notes d'enquête indiquaient que la personne résidente avait refusé de changer ses vêtements souillés au moment du coucher. Une PSSP est parvenue à donner les soins liés à l'incontinence pendant la nuit, mais n'a pas réussi à changer les vêtements souillés de la personne résidente. Un examen des dossiers sur une période de quatre semaines a révélé que la personne résidente avait continué d'opposer une résistance face aux soins, refusé les médicaments et refusé d'être transférée dans la salle à manger. La personne responsable de la section accessible aux résidents n° 105 a confirmé qu'il n'y avait pas de stratégie élaborée et mise en œuvre pour réagir au comportement réactif de la personne résidente lorsque cette dernière refusait les soins.

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec la personne responsable de la section accessible aux résidents n° 105.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice aux personnes résidentes et à ce que des mesures d'intervention soient définies et mises en œuvre.

Un RIC portant sur un incident de mauvais traitements entre personnes résidentes a été présenté. Un examen des dossiers de surveillance clinique d'une personne résidente réalisé après l'incident a révélé que les comportements liés au risque avaient continué de se manifester au quotidien. Toutefois, un examen du programme de soins d'une personne résidente a révélé qu'aucune nouvelle mesure d'intervention ou modification n'avait été introduite depuis l'incident.

Un examen plus approfondi de la documentation clinique de la personne résidente et du dossier d'enquête interne du foyer a confirmé qu'aucune nouvelle mesure d'intervention n'avait été mise en place. La personne responsable de la section accessible aux résidents a reconnu qu'un examen des notes d'observation de

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

soutien comportemental avait montré qu'aucune nouvelle stratégie n'avait été mise en place pour la personne résidente. La personne responsable de la section accessible aux résidents a également confirmé, après examen des notes d'évolution, que la personne résidente avait continué de manifester des comportements à risque, qui comprenaient d'autres interactions négatives à la fois avec le personnel et les autres personnes résidentes.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Soins palliatifs

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 61 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (2) Le titulaire de permis veille à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins du résident en matière de soins palliatifs à l'égard de son programme de soins tienne compte des besoins physiques, affectifs, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipe interdisciplinaire, qui comprend le médecin, évalue une personne résidente, afin de répondre aux besoins de soins palliatifs de cette personne. La condition physique de la personne résidente s'est dégradée et son programme de soins n'a pas été mis à jour de manière à tenir compte de ses besoins physiques, affectifs et spirituels. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que le programme de soins aurait dû être mis à jour de sorte que le personnel soit au courant des interventions pour répondre aux besoins de la personne résidente en matière de confort physique et affectif.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossiers d'enquête interne, liste de vérification des soins palliatifs, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° O20 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 3 i 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 :

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*,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse à la plainte écrite comprenne 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 comme l'exige la loi.

Une plainte écrite demandant des renseignements de suivi sur la manière de contacter le ministère a été soumise au foyer. La directrice des soins aux résidents a confirmé que la procédure normalisée du foyer devait inclure à la fois les coordonnées du ministère et celles de l'ombudsman dans ce type de communications. Or, ce protocole n'a pas été respecté dans ce cas. La réponse du titulaire de permis, à la fois lors du courriel initial et à la fin du suivi de la plainte, ne

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

comprenait pas les renseignements demandés par l'auteur de la plainte et ne respectait pas les exigences prévues par la loi.

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 4 ii du paragraphe 112 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

4. Une analyse et les mesures de suivi, notamment :
 - ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le RIC présenté au directeur soit modifié à la fin de l'enquête du foyer de manière à inclure l'analyse et les mesures de suivi, notamment les mesures immédiates et à long terme prises pour prévenir toute récurrence de négligence envers une personne résidente.

Sources : RIC et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé de façon aussi détaillée que possible lorsqu'à deux reprises, une personne résidente a été portée disparue pendant plus de trois heures.

Sources : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 023 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 2 ii du paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :

- ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

1. Le titulaire de permis n'a pas communiqué au directeur le nom des membres du personnel visés par le RIC.

Le foyer a présenté un RIC portant sur un incident de négligence. Le foyer n'a pas inclus le nom des membres du personnel impliqués dans l'incident et n'a pas apporté de modification au rapport à la fin de l'enquête du foyer.

Sources : RIC.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le nom des personnes impliquées dans l'incident soit inclus dans le RIC destiné au directeur.

Sources : RIC.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 024 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 3 v du paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un RIC présenté au directeur comprenne le résultat de l'incident comme requis. Une demande de renseignements supplémentaires a été envoyée à la même date, mais le RIC n'a été mis à jour que plusieurs jours plus tard et ne comprenait pas les renseignements demandés.

Sources : RIC et dossier d'enquête interne.

AVIS ÉCRIT : Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Problème de conformité n° 025 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 121 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Article 121 Pour l'application de l'article 38 de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les appareils suivants ne soient pas utilisés au foyer :

7. Des draps, des bandages de contention ou d'autres types de bandes ou de bandages, si ce n'est à une fin thérapeutique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un appareil interdit ne soit pas utilisé pour une personne résidente. L'enquête interne a démontré que les PSSP n^{os} 128 et 129 avaient utilisé une autre méthode pour restreindre le mouvement des mains d'une personne résidente au lieu de suivre l'intervention prévue dans le programme de soins de cette personne.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne et notes d'évolution.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 026 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le système de gestion des médicaments du foyer. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le système de gestion des médicaments soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer concernant un médicament indiquait que, pour des raisons de sécurité, les types de médicaments précis de la personne résidente devaient être entreposés séparément. Une observation du tiroir à médicaments d'une personne résidente a révélé que les deux médicaments en question étaient entreposés ensemble dans le même tiroir. Une personne responsable de la section accessible aux résidents et une IA ont confirmé que, lorsqu'une personne résidente avait plus d'un type de médicament prescrit, les médicaments étaient entreposés dans le même panier à médicaments de la personne résidente et n'étaient pas entreposés séparément.

Sources : Politique sur la gestion des médicaments, observation et entretien avec une IA et une personne responsable de la section accessible aux résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 027 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le bon médicament soit administré à une personne résidente, conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) et le rapport sommaire des ordonnances de la personne résidente indiquaient que le personnel autorisé devait administrer un médicament au coucher. L'IA a confirmé qu'elle avait administré un médicament différent au coucher et qu'elle n'avait pas suivi les directives du RAME de la personne résidente.

Sources : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une IA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Problème de conformité n° 028 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis doit :

1. La personne responsable de la section accessible aux résidents ou le membre du personnel autorisé désigné doivent effectuer des vérifications quotidiennes en parlant avec la personne résidente n° 032 sur une période de deux semaines pour s'assurer que cette dernière a reçu des soins liés à l'incontinence, comme le précise le programme.
2. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, les problèmes de conformité constatés et les mesures correctives qui ont été prises pour remédier aux problèmes de conformité. Un dossier documenté des vérifications doit être conservé et fourni à l'inspectrice ou à l'inspecteur.
3. Examiner les programmes de soins des personnes résidentes n^{os} 029 et 012 pour déterminer les interventions du personnel autorisé lors de l'assignation des PSSP, en s'assurant que du personnel de sexe féminin est assigné lorsque celui-ci est disponible. S'il n'y a pas de personnel de sexe féminin disponible, déterminer d'autres possibilités d'interventions liées au personnel.
4. La directrice des soins aux résidents ou la personne désignée doivent examiner les interventions et les communiquer aux personnes résidentes n^{os} 012 et 029 et à leur mandataire spécial aux fins de commentaires. Après la discussion, mettre à jour le programme de soins et communiquer les changements au personnel. Conserver un dossier documentant la mise à jour du programme de soins, le contenu des échanges avec la personne résidente, son mandataire spécial et le personnel, et la date de ces échanges.
5. Examiner les interventions comportementales du programme de soins de la personne résidente n° 027 pour s'assurer que les besoins évalués de cette dernière

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

sont satisfaits. Conserver un dossier écrit de l'examen du programme de soins de la personne résidente n° 027 comprenant la date de l'examen et le nom des personnes qui y ont participé.

6. Donner à la PSSP n° 144 une formation sur les interventions comportementales révisées de la personne résidente n° 027. Fournir un dossier écrit de la formation.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 032 soient fournis, les PSSP n'ayant pas donné les soins prévus liés à l'incontinence de la personne résidente pendant les quarts de nuit, à trois reprises. La personne résidente a signalé qu'elle n'avait pas reçu ses soins liés à l'incontinence à trois occasions. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'il fallait deux membres du personnel pour fournir des soins liés à l'incontinence pendant la nuit, à 1 h et 4 h. La personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que les enquêtes internes avaient établi que la personne résidente n'avait pas reçu ses soins liés à l'incontinence comme le précise son programme de soins.

La personne résidente a été exposée à un risque de ressentir de l'inconfort, de perdre sa dignité et d'avoir une altération de l'intégrité épidermique du fait de ne pas avoir reçu de soins adéquats liés à l'incontinence.

Sources : Dossiers d'enquête interne, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins buccaux au coucher, le dentier de cette dernière n'ayant pas été lavé ou retiré par une PSSP.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le lendemain, la personne résidente avait mal à la bouche et présentait des signes et des symptômes d'une infection.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, RIC et dossiers d'enquête interne.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la tension artérielle et la fréquence cardiaque d'une personne résidente soient prises sur les deux bras comme prescrit par le médecin.

Lorsque les consignes du prescripteur n'ont pas été suivies, la personne résidente a été exposée au risque que son état de santé soit mal surveillé.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, RIC et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis, la PSSP ayant tenté de fournir les soins liés à l'incontinence au lit sans la présence d'un autre membre du personnel. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin de deux membres du personnel pour les soins de gestion de la douleur et de mobilité au lit.

Lorsque la personne résidente n'a pas reçu les soins adéquats liés à l'incontinence, elle a ressenti de la douleur et a été exposée à un risque de ressentir de l'inconfort et d'avoir une altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Dossiers d'enquête interne, programme de soins et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 012 soient fournis comme le précise le programme. Le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour après le signalement d'une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel envers cette personne par une PSSP de sexe masculin. Le programme de soins indiquait de ne pas avoir une personne soignante de sexe masculin lorsque possible. En décembre 2024, une PSSP de sexe masculin a prodigué des soins personnels à la personne résidente, malgré le fait que des PSSP de sexe féminin travaillaient alors dans la même unité, à trois reprises. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que la PSSP de sexe masculin aurait dû céder sa place à un membre du personnel de sexe féminin de manière à respecter le programme de soins.

Lorsque le membre du personnel de sexe masculin a continué de prodiguer des soins personnels à la personne résidente, il y a eu un risque accru que cette dernière manifeste des comportements réactifs et qu'il y ait d'autres allégations par la personne résidente de mauvais traitements d'ordre sexuel contre le membre du personnel de sexe masculin.

Sources : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, horaires du personnel du foyer et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 027 soient fournis comme précisé. La PSSP n° 144 n'a pas utilisé la stratégie d'interruption et de reprise des soins lorsque la personne résidente a manifesté des comportements réactifs physiques et a opposé une résistance face aux soins.

En ne gérant pas les comportements réactifs, il y a eu un risque de détresse émotionnelle et de préjudice physique.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretiens avec le personnel.

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente n° 029 comme le précise le programme. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que cette dernière avait demandé de ne pas recevoir de soins personnels par un membre du personnel de sexe masculin. La personne résidente a demandé à une PSSP de sexe masculin si une PSSP de sexe féminin était disponible pour les soins liés à l'incontinence. La PSSP de sexe masculin a répondu que la PSSP de sexe féminin était occupée et la personne résidente a consenti aux soins. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que la PSSP de sexe masculin aurait dû s'organiser pour qu'une PSSP de sexe féminin fournisse les soins liés à l'incontinence de la personne résidente de sorte que le programme de soins soit respecté.

La santé émotionnelle de la personne résidente a pu être affectée, celle-ci ayant demandé à ce qu'un membre du personnel de sexe féminin lui fournisse ses soins personnels. Lorsque la PSSP de sexe masculin a répondu que le membre du personnel de sexe féminin était occupé, elle n'a pas respecté la demande de la personne résidente comme indiqué dans son programme de soins.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} août 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA) n° 002

Lié à l'ordre de conformité OC n° 001

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

La non-conformité antérieure au paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) comprenait ce qui suit :

- OC (APA de 4 400 \$) de l'inspection n° 2025-1419-0001, donné le 10 mars 2025.
- OC (APA de 3 300 \$) de l'inspection n° 2024-1419-0003, donné le 9 décembre 2024.
- OC (APA de 2 200 \$) de l'inspection n° 2024-1419-0002, donné le 21 octobre 2024.
- OC (HP) (APA de 1 100 \$) de l'inspection n° 2024-1419-0001, donné le 15 avril 2024.
- Avis écrit de l'inspection n° 2023-1419-0003, donné le 24 novembre 2023.
- OC (HP) de l'inspection n° 2022-1419-0001, donné le 3 novembre 2022.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Il s'agit au moins du cinquième APA ayant été donné au titulaire de permis pour non-respect de cette exigence.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)].

En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Comportements réactifs

Problème de conformité n° 029 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins aux résidents ou la personne désignée doit élaborer et mettre en œuvre un processus pour s'assurer que les évaluations du DOS sont réalisées par le personnel. Communiquer au personnel le processus élaboré.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conserver un dossier documenté du processus élaboré et mis en œuvre et du contenu de la communication transmise au personnel.

2. Durant quatre semaines, lorsque Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO) analyse le DOS, s'il y a des entrées incomplètes, l'équipe de STCO doit fournir l'évaluation du DOS incomplète à la directrice des soins aux résidents ou à la personne désignée. La directrice des soins aux résidents ou la personne désignée doit fournir des mesures correctives pour les membres du personnel qui ont omis des entrées dans le DOS. Conserver un dossier documentant l'évaluation incomplète de la personne résidente du DOS, le nom du gestionnaire ayant fourni les mesures correctives, le nom des membres du personnel qui ont reçu la formation et le contenu de la formation.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations. Une PSSP prodiguait les soins du matin de la personne résidente alors que cette dernière opposait une résistance, ce qui a entraîné une blessure chez cette personne. Une évaluation du DOS a été réalisée durant cinq jours pour surveiller les comportements émotionnels et réactifs de la personne résidente après l'incident. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que le DOS était incomplet durant la période d'observation de cinq jours.

Le fait qu'il manque des observations principales dans le DOS a entraîné un risque accru, car des interventions potentielles pour soutenir la personne résidente ont pu être omises.

Sources : Programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, DOS de la personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations. La personne a eu une altercation comportementale avec une autre personne résidente. Une évaluation du DOS a été réalisée durant cinq jours. Le DOS était incomplet durant la période d'observation de cinq jours. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que le DOS n'était pas complet et a déclaré que ce dernier avait été mis en place pour surveiller le comportement réactif de la personne résidente et son comportement émotionnel après l'incident.

Le fait qu'il manque des observations principales dans le DOS a entraîné un risque accru, car des interventions potentielles pour soutenir la personne résidente ont pu être omises.

Sources : Programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, DOS d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations. La personne résidente a eu une altercation comportementale avec une autre personne résidente. Une évaluation du DOS a été réalisée durant cinq jours. Le DOS était incomplet durant la période d'observation de cinq jours. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que le DOS n'était pas complet et a déclaré que ce dernier avait été mis en place pour surveiller le comportement réactif de la personne résidente après l'incident.

Le fait qu'il manque des observations principales dans le DOS a entraîné un risque accru, car des interventions potentielles pour soutenir la personne résidente ont pu être omises.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, DOS d'une personne résidente et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises, notamment des évaluations, pour répondre aux besoins de chaque personne résidente qui manifeste des comportements réactifs. La personne résidente a affirmé qu'une PSSP de sexe masculin lui avait infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel. Une évaluation du DOS a été commencée pour évaluer l'état émotionnel de la personne résidente. Le DOS était incomplet et il n'y avait pas d'évaluation consignée dans le DOS du comportement de la personne résidente durant la nuit après le signalement de l'incident.

Le fait qu'il manque des observations principales dans le DOS a entraîné un risque accru, car des interventions potentielles pour soutenir la personne résidente ont pu être omises.

Sources : Programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, dossiers de santé cliniques de la personne résidente, dossiers d'enquête interne et entretien avec la directrice des soins aux résidents.

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées, notamment des évaluations, soient prises pour les personnes résidentes ayant des comportements réactifs. Le matin, une personne résidente était contrariée en raison d'une incontinence et a déclaré que le personnel de nuit n'avait pas donné les soins liés à l'incontinence. Une évaluation du DOS de trois jours a été commencée pour évaluer l'état et les comportements émotionnels de la personne résidente. Une personne responsable de la section accessible aux résidents a confirmé que l'évaluation du DOS était incomplète.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait qu'il manque des observations principales dans le DOS a entraîné un risque accru, car des interventions potentielles pour soutenir la personne résidente ont pu être omises.

Sources : Programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, évaluation du DOS et entretien avec une personne responsable de la section accessible aux résidents.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} août 2025.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 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.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 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.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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
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.