

Rapport public

Date d'émission du rapport : 1^{er} août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1419-0003

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 DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 11, du 14 au 18 et du 22 au 25 juillet 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 21 juillet et du 28 au 30 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à des personnes résidentes.
- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un dossier lié à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un dossier lié à une altercation entre personnes résidentes.
- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon incompétente à une personne résidente.
- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un dossier lié à des allégations de transfert d'une personne résidente de façon incompétente.
- Suivi n° 1, ordre de conformité (OC) n° 013 de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 108 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant le traitement des plaintes; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Suivi n° 1, OC n° 014 de l'inspection 2025-1419-0001, sous-alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant l'administration de médicaments; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC à haute priorité n° 002, avis de pénalité administrative (APA) n° 001 de 22 000 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021), concernant l'obligation de protéger; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 005, APA n° 003 de 4 400 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021), concernant le programme de soins; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC à haute priorité n° 001 de l'inspection 2025-1419-0001, alinéa 6 (4) (a) de la LRSLD (2021), concernant le programme de soins; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 006 de l'inspection 2025-1419-0001, alinéa 6 (g) 1 de la LRSLD (2021), concernant le programme de soins; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 004 de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021), concernant le programme de soins; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 010 de l'inspection 2025-1419-0001, sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les soins de la peau et des plaies; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 007, APA n° 004 de 2 200 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les techniques de transfert et de changement de position; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 012, APA n° 007 de 5 500 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 008, APA n° 005 de 5 500 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, alinéa 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les programmes obligatoires; date limite de mise en conformité fixée au 2 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 011 de l'inspection 2025-1419-0001, alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les soins de la peau et des plaies; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC à haute priorité n° 003, APA n° 002 de 11 000 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant l'administration de médicaments; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.
- Suivi n° 1, OC n° 015 de l'inspection 2025-1419-0001, paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant le recyclage; date limite de mise en conformité

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

fixée au 30 mai 2025.

- Suivi n° 1, OC n° 009, APA n° 006 de 5 500 \$ de l'inspection 2025-1419-0001, sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les soins de la peau et des plaies; date limite de mise en conformité fixée au 30 mai 2025.

- Un dossier lié à une allégation de négligence envers des personnes résidentes.

- Une plainte liée à la gestion des médicaments d'une personne résidente.

- Un dossier lié à une altercation entre personnes résidentes.

- Un dossier lié à une altercation entre personnes résidentes.

- Un dossier lié à une plainte relative au fonctionnement du foyer.

- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à des personnes résidentes.

- Une plainte liée à une allégation de mauvais traitements et de repréailles.

- Un dossier lié à une plainte relative aux soins fournis à une personne résidente.

- Un dossier lié à une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal par un membre du personnel.

- Un dossier lié à des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.

- Suivi n° 2, OC n° 004 de l'inspection 2024-1419-0003, paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021), concernant la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements; date limite de mise en conformité fixée au 31 mars 2025, frais de réinspection de 500 \$.

- Un dossier lié à une altercation entre personnes résidentes.

- Un dossier lié à la chute d'une personne résidente entraînant une blessure.

- Un dossier lié à de multiples problèmes de soins envers une personne résidente.

- Un dossier lié à une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.

- Une plainte liée au conseil des familles.

- Une plainte liée à la gestion.

- Une plainte liée à la dotation en personnel.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 013 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 108 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Ordre n° 014 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le sous-
alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 24 (1) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 6 (7) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'alinéa 6 (4) a) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'alinéa 6 (9) 1) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 6 (5) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 010 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le sous-
alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'article 40 du Règl. de
l'Ont. 246/22

Ordre n° 012 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'alinéa 56 (2) g) du Règl.
de l'Ont. 246/22

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'alinéa 53 (1) 1 du Règl.
de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 011 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant l'alinéa 55 (2) e) du Règl.
de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 140 (2) du
Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 015 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le paragraphe 260 (1) du
Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 009 de l'inspection n° 2025-1419-0001 concernant le sous-alinéa 55 (2) b) (i)
du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1419-0003 concernant le paragraphe 25 (1) de
la LRSLD (2021)

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

- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Protection des dénonciateurs et représailles
- Amélioration de la qualité
- Prévention et gestion des chutes

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
Soins liés à l'incontinence
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Personnel, formation et normes de soins
Rapports et plaintes
Droits et choix des personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 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 :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). La personne résidente a déclaré que pendant les soins, elle avait demandé que son appareil d'aide personnelle soit laissé dans la salle de bains, mais que la PSSP l'avait placé à l'extérieur de la salle de bains. La personne résidente a également trouvé déplorable que la PSSP dépose le linge sale et les produits pour incontinence sur le sol au lieu de les placer dans le récipient approprié. Lorsque la personne résidente a porté ce fait à l'attention de la PSSP, celle-ci a déclaré qu'elle nettoierait le tout par la suite. La personne résidente a eu l'impression que la PSSP ne donnait pas la priorité à ses soins.

Sources : dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente, enquête menée par le titulaire de permis et rapport d'incident critique (RIC).

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente après une chute de celle-ci. Il y avait deux mandataires spéciaux conjoints pour la personne résidente. L'un des deux a appris la chute de la personne résidente le jour même de l'incident. L'autre l'a appris le lendemain et n'a donc pas eu l'occasion de participer au programme de soins de la personne résidente immédiatement après la chute.

Sources : dossier médical clinique d'une personne résidente.

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

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

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

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins précisés dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis lorsqu'une PSSP n'a pas fourni d'aide pour l'hygiène et l'habillage à l'heure du coucher.

Sources : programme de soins provisoire, documents du RIC du foyer de soins de longue durée et entretien avec un membre du personnel.

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

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas transmis au directeur ou à la directrice une plainte concernant des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.

Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente a envoyé par courriel au titulaire de permis une plainte écrite exprimant des inquiétudes concernant les soins administrés à la personne résidente. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a reçu le courriel et n'a pas transmis la plainte écrite au directeur ou à la directrice.

Sources : RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec le ou la gestionnaire des sections du foyer.

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

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le superviseur ou la superviseuse des soins cliniques fasse immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.

Sources : enquête du titulaire de permis, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et un RIC.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'une allégation d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.

Une allégation d'administration de soins de façon inappropriée a été transmise au directeur ou à la directrice sous forme de plainte. Le titulaire de permis n'a soumis un RIC concernant cette allégation que plusieurs jours après que la plainte a été déposée. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a reconnu que le RIC n'avait pas été soumis immédiatement comme l'exigeait la loi.

Sources : un RIC et entretien avec le ou la gestionnaire des sections du foyer.

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

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements d'ordre verbal commis par un visiteur envers une personne résidente soient immédiatement signalées au directeur ou à la directrice.

Sources : un RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec le ou la gestionnaire des sections du foyer.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne a des motifs raisonnables de croire qu'une personne résidente fait l'objet de négligence, fasse immédiatement rapport des soupçons et des renseignements au directeur ou à la directrice. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a reçu un courriel d'une PSSP faisant état de ses soupçons et de ses inquiétudes concernant une personne résidente ne recevant pas de soins ni de repas d'un ou d'une collègue. Cette négligence présumée a été signalée au directeur ou à la directrice lorsqu'elle s'est révélée fondée.

Sources : un RIC, enquête interne et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Adjoint au conseil des familles

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

Non-respect du : paragraphe 67 (2) de la LRSLD (2021)

Adjoint au conseil des familles

Paragraphe 67 (2) Dans l'exercice de ses fonctions, l'adjoint au conseil des familles reçoit ses instructions du conseil des familles et relève de ce dernier. Il respecte les règles de confidentialité lorsqu'une demande à cet effet lui est communiquée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'adjoint ou l'adjointe au conseil des familles assiste systématiquement aux réunions prévues, comme le demandait le conseil des familles. La réponse écrite du directeur général ou de la directrice générale et l'entretien avec cette personne ont révélé que l'adjoint ou l'adjointe n'était pas disponible pour toutes les réunions.

Sources : lettre du conseil des familles et réponse du foyer de soins de longue durée, entretien avec le président ou la présidente du conseil des familles, le directeur général ou la directrice générale et l'adjoint ou l'adjointe au conseil des familles.

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

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

Non-respect de : l'alinéa 82 (7) 1) de la LRSLD (2021)

Formation

Paragraphe 82 (7) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les résidents, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP reçoive une formation annuelle sur le dépistage et la prévention des mauvais traitements, comme l'exige l'alinéa 261 (2) 1 du Règlement de l'Ontario 246/22.

Sources : dossier de formation d'une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Selon l'alinéa 53 (1) 2 du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'un programme interdisciplinaire de soins de la peau et des plaies soit élaboré et mis en œuvre au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures s'appliquant à la zone d'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente soient documentées comme l'exige le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis. Cinq fois sur six, les mesures s'appliquant à la peau de la personne résidente en raison d'une zone d'altération de l'intégrité épidermique n'ont pas été documentées. En outre, les renseignements sur les soins liés à l'incontinence n'ont été consignés qu'une fois par quart de travail, et ce, la plupart des jours sur une période de deux mois.

Sources : dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente, politique de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'une PSSP a transféré une personne résidente sans l'aide d'une deuxième personne. La personne résidente a subi une importante blessure à la peau et a dû recevoir des soins médicaux immédiats.

Sources : programme de soins provisoire d'une personne résidente, documents d'enquête interne du titulaire de permis, politique du titulaire de permis relative à la manipulation sûre des personnes résidentes par les techniques de levage et de transfert (Lifts and Transfers – Safe Resident Handling Policy) et entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect de : l'alinéa 55 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour changer la position de plusieurs personnes résidentes de façon à réduire et à prévenir les lésions cutanées et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation appropriée de l'équipement, des fournitures, des appareils et des aides pour changer les personnes résidentes de position.

Sources : observations dans une section du foyer des personnes résidentes et entretiens avec des membres du personnel et le fournisseur externe.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 9) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente bénéficie des techniques adéquates pour l'aider à manger, notamment un positionnement sécuritaire et approprié. Une PSSP a confirmé que la personne résidente n'était pas dans la bonne position lorsqu'elle mangeait. Le ou la physiothérapeute a confirmé à l'inspecteur ou à l'inspectrice que l'appareil d'aide à la mobilité utilisé était adapté à la personne résidente et qu'il était réglable pour permettre la bonne position.

Sources : observations, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant besoin de supervision pour manger ne reçoive un repas que lorsque quelqu'un est disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin. La personne résidente a été observée : elle était mal placée dans son lit, son plateau de déjeuner devant elle. Au retour de l'inspecteur ou de l'inspectrice une heure plus tard, la personne résidente était toujours dans la même position et la nourriture n'avait pas été touchée. La personne résidente a expliqué qu'elle n'avait pas pu prendre son déjeuner à cause du ketchup sur ses œufs et que son café était froid.

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'elle a besoin de supervision, c'est-à-dire que le personnel doit la guider, l'encourager ou la superviser pour l'inciter à prendre son repas. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a expliqué que la personne résidente était autorisée à manger dans sa chambre, mais qu'il était attendu du personnel qu'il supervise fréquemment la personne résidente.

Sources : observations, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient prises dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI exige au titulaire de permis de veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI.

Selon la section 9.1 (f) relative aux précautions supplémentaires doivent inclure au minimum : f) des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (ÉPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Une PSSP a administré des soins personnels à une personne résidente sans porter l'ÉPI requis.

Sources : un RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et notes d'enquête du titulaire de permis.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : l'alinéa 108 (1) 3) 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* 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie au mandataire spécial ou à la mandataire spéciale d'une personne résidente, qui a déposé une plainte concernant les soins fournis à la personne résidente, 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 visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente a envoyé par courriel au titulaire de permis une plainte écrite exprimant des inquiétudes concernant les soins administrés à la personne résidente. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a reçu la plainte par courriel et n'a pas immédiatement transmis la plainte écrite au directeur ou à la directrice.

La réponse fournie au plaignant ou à la plaignante ne comprenait pas d'explication à l'auteur ou à l'autrice de la plainte sur les résultats de l'enquête interne ainsi que sur les mesures prises pour régler la plainte.

Sources : un RIC, notes d'évolution, dossiers d'enquête interne et un entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect du : sous-alinéa 108 (1) 3. i. 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* et au ministère,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux plaintes écrites qu'il a reçues concernant les soins fournis à une personne résidente fassent l'objet d'une réponse comprenant 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*.

Sources : deux RIC, dossiers d'enquête interne et entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Non-respect n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 veillé à faire respecter le système de gestion des médicaments du foyer lorsque la documentation relative à l'administration de médicaments à une personne résidente ne faisait pas état d'une prise de médicaments partielle ou d'un refus de médicaments.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites établies pour le système de gestion des médicaments soient respectées.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a déclaré que les médicaments d'une personne résidente étaient dissimulés dans la nourriture, mais que la personne résidente refusait souvent de manger ou ne finissait pas la nourriture, ce qui entraînait la prise de doses partielles.

L'administration des médicaments a été observée à deux reprises. Les observations et les entretiens ont confirmé que la personne résidente ne recevait que des doses partielles des médicaments prescrits. En outre, l'examen des dossiers a montré

qu'un ou une IAA a documenté l'administration d'une dose complète de médicaments dans le registre d'administration des médicaments, alors que la note d'évolution indique que seule une dose partielle a été prise. La politique relative à la médication stipule que tout refus de médicaments doit être documenté dans le registre d'administration des médicaments et, s'il y a lieu, dans les notes d'évolution de la personne résidente.

Sources : observations, examen du dossier clinique d'une personne résidente sur ses soins, politique relative à l'administration des médicaments et aux documents sur la médication (Medication Administration and Documentation Policy), politique de délivrance des médicaments (Medication Pass Policy) et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

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

Administration des médicaments

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

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

(i) un membre d'une profession de la santé réglementée et agit dans le cadre de l'exercice de sa profession,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à une personne résidente au foyer, sauf si la personne employée est membre d'une profession de la santé réglementée et qu'elle agit dans le cadre de l'exercice de sa profession. Les aides de service n° 105 et n° 128 ont été observées à des jours différents en train d'administrer des médicaments à une personne résidente en l'aidant à consommer de la nourriture dans laquelle des médicaments avaient été dissimulés.

Les IAA n° 107 et n° 119 ont confirmé que les médicaments étaient systématiquement dissimulés dans la nourriture et que les aides de service aidaient

les personnes résidentes à manger cette nourriture. Le ou la gestionnaire des sections du foyer a également confirmé que l'administration des médicaments relevait de la responsabilité du personnel autorisé.

Sources : observations, entretiens avec des membres du personnel et dossiers cliniques d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Non-respect n° 019 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient :

- (a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;
- (b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et, le cas échéant, au prescripteur et au fournisseur de services pharmaceutiques. Article 30 du Règl. de l'Ont. 66/23

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente soit documenté et signalé au mandataire spécial ou à la mandataire spéciale de la personne résidente, au directeur médical ou à la directrice médicale, au prescripteur ou à la prescriptrice du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers aux personnes résidentes et le ou la gestionnaire des sections du foyer ont confirmé qu'il n'y avait pas eu de rapport d'incident documenté relativement au médicament et qu'aucune autre mesure n'avait été prise lorsqu'il a été découvert que la personne résidente avait reçu une crème médicamenteuse deux fois par jour au lieu de la dose prescrite d'une fois par jour.

Sources : dossiers sur l'administration des médicaments.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Non-respect n° 020 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins un employé du titulaire de permis qui est membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Sources : examen des procès-verbaux des réunions du comité et entretien avec le ou la responsable de l'amélioration constante de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Non-respect n° 021 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site web.

Le titulaire de permis a omis de rédiger un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de l'exercice financier se terminant, au plus tard trois mois après la fin de l'exercice et n'a donc pas publié de copie du rapport sur son site Web.

Sources : examen du site Web du titulaire de permis et entretien avec le ou la responsable de l'amélioration constante de la qualité.

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

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

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

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

1. Examiner et réviser, si nécessaire, les marches à suivre lors d'enquête interne concernant des allégations de mauvais traitements, de négligence ou d'administration de soins de façon inappropriée, afin d'assurer des réponses rapides, approfondies et impartiales aux allégations de mauvais traitements. Le personnel chargé des enquêtes, y compris, mais sans s'y limiter, le personnel autorisé, les superviseurs et les gestionnaires, doit recevoir une formation en personne. Tenir un dossier consignait la marche à suivre révisée, la personne responsable de l'ouverture ou de l'achèvement des enquêtes et les signatures des membres du personnel ayant participé à la formation. Fournir une copie du dossier à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.
2. Réévaluer l'allégation de mauvais traitements signalée dans un rapport d'incident critique (RIC) précisé, afin de veiller à ce que la détermination de l'allégation, établie comme non fondée, soit exacte, sur la base d'une enquête approfondie et objective.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé sept personnes résidentes contre les mauvais traitements et l'administration de soins de façon inappropriée, comme l'ont allégué deux PSSP et comme le tout a été observé pendant les soins du matin à deux dates différentes. L'enquête s'est appuyée sur des résumés succincts plutôt que sur des déclarations écrites de témoins, ce qui en a limité la rigueur. Des détails importants, comme les horaires du personnel, étaient incorrects et la crédibilité du personnel a

été évaluée sur la base d'une opinion subjective. En conséquence, l'enquête n'a pas permis de répondre de manière adéquate aux allégations graves, ce qui a eu pour effet de maintenir le risque de préjudice auprès des personnes résidentes.

Sources : dossiers médicaux cliniques de sept personnes résidentes, un RIC, enquête et dossiers du titulaire de permis et entretiens avec une PSSP et un ou une gestionnaire des sections du foyer.

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

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité, 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'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* (LRSLD [2021]), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 27 500 \$, 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Il s'agit du cinquième ordre de conformité délivré à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question au cours des 36 derniers mois.

Il s'agit de la cinquième pénalité administrative délivrée à l'encontre du titulaire de

permis pour le non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Non-respect n° 023 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 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.

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

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

1. Former les PSSP n° 134 et 135 sur la politique de prévention des mauvais traitements. La formation doit être dispensée en personne et des registres tenus doivent consigner le contenu de la formation, le nom des formateurs et la signature des employés. Fournir les renseignements à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel fasse immédiatement rapport des cas de mauvais traitements et d'administration de soins de façon inappropriée dont il a été témoin, comme l'exige la politique. Deux PSSP ont tardé à

faire rapport d'incidents mettant en cause plusieurs personnes résidentes, ce qui a compromis la rapidité de l'intervention. En conséquence, des personnes résidentes ont été exposées à un risque de préjudice ou ont subi un préjudice en raison de l'absence d'intervention rapide.

Sources : enquête du titulaire de permis, un RIC, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements (Prevention of Abuse) et entretien avec une PSSP et un ou une gestionnaire des sections du foyer.

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

1^{er} septembre 2025.

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

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° 002

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Il s'agit du deuxième ordre de conformité délivré à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question dans les 36 derniers mois.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de

permis pour le non-respect de cette exigence.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 COMPORTEMENTS RÉACTIFS

Non-respect n° 024 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 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;

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Une supervision continue individuelle est assurée conformément au programme de soins de chaque personne résidente, en fonction de l'évaluation des besoins individuels, afin de gérer les comportements réactifs et de garantir la sécurité.
2. Des instructions écrites sont données pour définir les responsabilités des membres du personnel lors de cette supervision individuelle, y compris l'obligation de rester avec la personne résidente en tout temps. Tous les membres du personnel affectés à la supervision individuelle seront formés sur les protocoles en vigueur.
3. Un plan documenté est élaboré pour assurer une supervision individuelle ininterrompue pendant les pauses du personnel. Veiller à ce que le personnel de supervision soit formé et conscient des besoins des personnes résidentes en

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

matière de soins.

4. Des vérifications de la dotation individuelle sont effectuées deux fois par semaine (tous les quarts de travail) pendant trois semaines. Documenter les résultats et les mesures correctives. Les vérifications doivent inclure le nom et le titre de la personne vérificatrice, le nom de la personne résidente et la section du foyer, les dates et heures des vérifications.

5. Des dossiers, que l'inspecteur ou l'inspectrice peut consulter, sont tenus sur les éléments suivants :

- Protocoles de soins individuels écrits
- Plan de supervision pendant les pauses
- Résultats des vérifications et mesures correctives
- Registres de formation du personnel
- Horaires d'affectation et de supervision individuelle

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient constamment mises en œuvre les stratégies définies dans le programme de soins de trois personnes résidentes visant à gérer les comportements réactifs de celles-ci. Les mesures d'intervention ont été mises en place pour atténuer le risque révélé lors des incidents antérieurs de comportements réactifs de ces personnes résidentes.

L'absence de mise en œuvre constante des stratégies a accru les risques pour la sécurité et le bien-être des personnes résidentes et de leur entourage.

Sources : observation d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne, dossiers cliniques de trois personnes résidentes et entretiens avec des membres du personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la stratégie de gestion de comportements réactifs, précisée dans le programme de soins provisoire d'une personne résidente, soit constamment mise en œuvre. La mesure d'intervention devait être mise en œuvre pendant le service des repas et l'inspecteur ou l'inspectrice a observé à deux reprises que la stratégie de gestion du comportement réactif connu de la personne résidente n'a pas été mise en œuvre. Il y a eu un risque d'augmentation des comportements réactifs et d'apport nutritionnel compromis chez la personne résidente en raison de la mise en œuvre irrégulière d'une mesure d'intervention prescrite en cas de comportements réactifs et pendant les repas.

Sources : observations et dossiers cliniques d'une personne résidente.

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

15 octobre 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité, APA n° 003

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 003

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 003

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Il s'agit du deuxième ordre de conformité délivré à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question dans les 36 derniers mois.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée

[c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500 \$ à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Les frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021), et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Le dossier : n° 00148295 – Suivi n° 2, OC n° 004 / 2024-1419-0003, paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021), Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, date limite de mise en conformité fixée au 31 mars 2025. Frais de réinspection de 500 \$.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer des frais de réinspection à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie 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 de financement des soins aux personnes résidentes pour payer les frais de réinspection.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 ou à la directrice de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative (APA), l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 ou de la directrice 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 ou la directrice et aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur ou directrice

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

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.