

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1419-0006

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 : du 24 au 27 novembre et du 1^{er} au 5, les 8, 9 et 11 décembre 2025. L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : 28 novembre et 10 décembre 2025.

Les inspections concernaient :

- Une plainte concernant la gestion des chutes d'une personne résidente.
- Une plainte concernant le décès inattendu d'une personne résidente.
- L'incident critique (IC) concernant la chute d'une personne résidente provoquant un changement considérable de son état.
- Le suivi n° 1, OC n° 001/2025-1419-0003, paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021) Obligation de protéger, date d'échéance de conformité du 31 octobre 2025 prolongée jusqu'au 15 novembre 2025.
- Le suivi n° 1 – OC n° 003/2025-1419-0003, alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, date d'échéance de conformité du 15 octobre 2025 prolongée jusqu'au 15 novembre 2025.
- Un signalement lié à des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une plainte liée à la surveillance des repas des personnes résidentes.
- Un signalement lié à des allégations de retard dans le temps de réponse de la sonnette d'appel.
- Un signalement lié à des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente, ayant entraîné une chute.
- Une plainte liée à des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Une plainte anonyme liée aux soins et la sécurité des personnes résidentes.
- Un signalement lié à des allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel envers une personne résidente.
- Un signalement lié à des allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente ne recevant pas de soins.

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

- Un signalement lié à des allégations d'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un signalement lié à une personne résidente disparue depuis au moins trois heures.
- Un signalement lié à des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.
- Une plainte liée à des chutes fréquentes et l'absence d'évaluation de la déglutition.
- Un signalement lié à une chute entraînant un changement considérable de l'état de santé d'une personne résidente.
- Un signalement lié à une chute entraînant un changement considérable de l'état de santé d'une personne résidente.
- Une plainte liée à des allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel envers une personne résidente.
- Une plainte liée à des allégations de négligence à l'égard des personnes résidentes.
- Une plainte liée à la vaccination d'une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1419-0003 aux termes du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1419-0003 aux termes de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 16. 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 :

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Les besoins en soins d'une personne résidente n'ont pas été satisfaits lorsqu'elle a activé sa sonnette d'appel, et le personnel n'a pas réagi en temps voulu à plusieurs reprises. La personne résidente a été bouleversée par un retard dans le temps de réponse de la sonnette d'appel, et la réponse au plaignant a indiqué qu'une visite du travailleur social ou de la travailleuse sociale serait organisée. Le travailleur social ou la travailleuse sociale a tardé à rencontrer la personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers aux personnes résidentes par intérim a reconnu que les délais de réponse de la sonnette d'appel de la personne résidente et la visite du travailleur social ou de la travailleuse sociale auraient dû être plus rapides pour répondre aux besoins de soins de la personne résidente.

Sources : IC, rapport d'activité détaillé du point d'appel, dossiers d'enquête interne et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers aux personnes résidentes par intérim.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

La tension artérielle d'une personne résidente était élevée. Les dossiers indiquent qu'elle n'a été vérifiée de nouveau que quelques jours plus tard.

Sources : dossier médical clinique de la personne résidente.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

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

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

1. L'allégation de mauvais traitements d'ordre physique par le personnel à l'encontre d'une personne résidente n'a pas été immédiatement signalée au directeur ou à la directrice.

Sources : IC, dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

2. L'allégation de mauvais traitements d'un membre du personnel à l'égard d'une personne résidente n'a pas été immédiatement signalée au directeur ou à la directrice.

Sources : IC, dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des familles

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

Non-respect du : paragraphe 66 (3) de la LRSLD (2021)

Pouvoirs du conseil des familles

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'un ou l'autre des alinéas 8 ou 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Une réponse écrite n'a pas été fournie au conseil des familles dans les dix jours lorsque le Conseil a informé le titulaire de permis d'un sujet de préoccupation.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : procès-verbal de la réunion du conseil des familles et réponse écrite.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

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

Système de communication bilatérale

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

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

Une plainte a été envoyée par courriel au ou à la responsable des soins infirmiers, indiquant que la sonnette d'appel d'une personne résidente n'était pas accessible. Une enquête menée par le membre le ou la responsable des soins infirmiers a confirmé que le personnel n'avait pas laissé la sonnette d'appel de la personne résidente accessible.

Sources : IC, correspondances par courriel et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 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.

Une personne résidente a été retrouvée au sol. L'enquête interne a conclu que la technique utilisée pour positionner la personne résidente pouvait avoir contribué à la chute.

La personne résidente a été observée avec les pieds non soutenus parce que le repose-pied du fauteuil roulant n'était pas en place. La personne résidente a indiqué qu'elle se sentait mal à l'aise, car elle n'avait pas d'endroit où poser ses pieds.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : IC, dossier d'enquête interne, observation et entretien avec une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 4. 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 programme de gestion de la douleur n'a pas été suivi pour gérer la douleur d'une personne résidente. Lorsque le personnel autorisé a consigné dans le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) que la personne résidente ressentait des niveaux de douleur de cinq et plus, un programme complet de la douleur n'a pas été suivi à plusieurs reprises. De plus, lorsque les niveaux de douleur de la personne résidente étaient inférieurs à cinq, la version courte de l'évaluation de la douleur n'était pas remplie. Le programme de gestion de la douleur indiquait en outre qu'il faut mettre en place un programme de soins écrit lorsque la douleur est cernée et que le programme de soins doit être basé sur l'évaluation de l'état de santé de la personne résidente. Le ou la DSI par intérim a confirmé que le programme de soins provisoire de la personne résidente n'avait pas été mis à jour avec des mesures d'intervention pour gérer la douleur de la personne résidente.

Sources : politique de gestion de la douleur du foyer, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le ou la DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

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

1. Une personne résidente est revenue de l'hôpital à une date précise. Le ou la responsable des soins des plaies a confirmé que l'incision chirurgicale de la personne résidente n'a été évaluée par le personnel autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique qu'à une date ultérieure.

Sources : dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

2. Une personne résidente est rentrée au foyer après avoir été hospitalisée, avec une altération de l'intégrité de la peau. Le ou la responsable des soins des plaies a confirmé qu'il n'y avait pas d'évaluation documentée par le personnel autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsqu'elle est revenue au foyer après l'hôpital.

Sources : politique de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

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

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

Une personne résidente est rentrée au foyer avec une incision chirurgicale et des ordonnances de soins des plaies ont été rédigées, puis précisées le lendemain. La personne résidente n'a pas reçu de traitement de soin de la plaie par le personnel autorisé jusqu'à ce que les ordonnances de soin de la plaie soient transcrites dans le dossier électronique d'administration des traitements quelques jours plus tard.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : politique de gestion des soins de la peau et des plaies, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

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

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

Non-respect de : l'alinéa 56 (2) b) 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 :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre.

Une personne résidente avait un appareil. Le personnel a indiqué au personnel autorisé que la personne résidente n'avait pas de débit. Elle a donc fait l'objet d'une évaluation et a été transférée à l'hôpital. Le personnel n'a pas suivi le programme de soins. Le personnel autorisé n'a pas effectué d'évaluation complète de l'appareil avant le transfert de la personne résidente à l'hôpital. La personne résidente est rentrée au foyer après avoir été hospitalisée et le programme de soins indiquait qu'il fallait documenter l'évaluation de la personne résidente trois fois par jour. L'examen des notes d'évolution de la personne résidente a montré qu'à plusieurs reprises, l'évaluation de la personne résidente n'était pas documentée.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une personne résidente a eu des comportements réactifs. Aucune stratégie n'a été élaborée et mise en œuvre pour répondre aux comportements de la personne résidente,

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (12) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

3. Des immunisations contre le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie, conformément aux calendriers d'immunisation publique affichés sur le site Web du ministère de la Santé, doivent être offertes aux résidents.

Une personne résidente n'a pas été vaccinée conformément aux calendriers de vaccination affichés sur le site Web du ministère de la Santé.

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

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : l'alinéa 108 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

Le mandataire spécial d'une personne résidente a déposé une plainte selon laquelle les besoins en soins de la personne résidente n'ont pas été satisfaits lorsqu'elle a activé sa sonnette d'appel et que le personnel n'a pas réagi en temps opportun. Le dossier d'enquête interne comprend la réponse au plaignant. Le ou la DSI par intérim a confirmé qu'il n'existait

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

aucun autre document conservé au foyer contenant des informations sur le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire.

Sources : dossiers d'enquête interne et entretien avec le ou la DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

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

Rapports : incidents graves

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

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

Une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. Le ou la responsable des soins infirmiers a confirmé que l'incident avait entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente et qu'il aurait dû être signalé au directeur ou à la directrice.

Sources : dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Administration des médicaments

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

Une personne résidente n'a pas reçu les médicaments prescrits.

Sources : eMAR d'une personne résidente et entretiens avec le ou la responsable des soins infirmiers.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Problème de conformité n° 016 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 147 (1) a) 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 veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident d'hypoglycémie sans réaction impliquant 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;

Un incident lié à un médicament impliquant une personne résidente s'est produit. Le ou la responsable des soins infirmiers a confirmé qu'un rapport d'incident lié à un médicament n'avait pas été rempli, comme il se doit.

Sources : eMAR d'une personne résidente, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

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

Programmes obligatoires

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

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

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

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

1. Le ou la DSI par intérim ou la personne désignée doit assurer la nouvelle formation sur la politique de prévention des chutes du foyer. La nouvelle formation suivante doit être effectuée :

a) Former à nouveau le membre du personnel n° 125 sur les exigences de surveillance de la

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

routine de blessure à la tête.

b) Former à nouveau le membre du personnel n° 116 sur les stratégies et les attentes pour effectuer une évaluation de la tête aux pieds pour la personne résidente après une chute.

c) Former à nouveau le membre du personnel n° 111 sur l'exigence d'une évaluation du personnel autorisé avant de déplacer une personne résidente.

2. Conserver un registre écrit du contenu de la formation, des noms des membres du personnel formés, de la date de la formation et du nom de la personne qui l'a dispensée.

3. Le ou la DSI par intérim ou le personnel autorisé désigné doit effectuer des vérifications quotidiennes pendant une période de deux semaines pour s'assurer que les mesures d'intervention de prévention des chutes de deux personnes résidentes sont en place, conformément à l'évaluation des besoins en soins de la personne résidente. Les besoins de soins suivants font l'objet d'une vérification :

a) Effectuer une vérification pour une personne résidente afin de s'assurer que la mesure d'intervention précisée est en place, conformément au programme de soins de la personne résidente.

b) Effectuer une vérification pour une personne résidente afin de s'assurer qu'elle bénéficie de la mesure d'intervention précisée pendant la nuit et d'une mesure d'intervention précise, selon le programme de soins de la personne résidente.

4. Conserver un registre écrit des vérifications réalisées, des dates et heures, de la personne qui les a effectuées et des mesures prises pour remédier aux éventuelles lacunes.

Motifs

1. Le programme de prévention des chutes des personnes résidentes du foyer exige que le personnel autorisé procède à une évaluation avant de déplacer une personne résidente à la suite d'une chute. Une personne résidente a fait une chute et a été déplacée avant que l'évaluation ne soit terminée. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été suivi et il y a eu un risque accru de blessure lorsque la personne résidente a été déplacée avant une évaluation par le personnel autorisé.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

2. Le programme de soins d'une personne résidente prévoyait l'utilisation d'une mesure d'intervention spécifique comme mesure de prévention des chutes. Une personne résidente a fait une chute et aucune mesure d'intervention n'a été mise en place. Le ou la responsable des soins infirmiers a confirmé que la mesure d'intervention de prévention des

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

chutes aurait dû être mise en place conformément au programme de soins de la personne résidente. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été suivi et la personne résidente présentait un risque accru de chutes lorsque la mesure d'intervention précisée n'était pas en place.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, programme de soins provisoire d'une personne résidente, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

3. Le programme de prévention des chutes des personnes résidentes du foyer exigeait la réalisation d'une routine de traitement des blessures à la tête pour toute chute avec témoin et qui pouvait entraîner une blessure à la tête. Une personne résidente a fait une chute et la documentation de l'évaluation de la blessure à la tête était incomplète. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été respecté quand le personnel autorisé n'a pas fourni de documentation complète sur le programme de traitement des blessures à la tête. Le risque d'altération neurologique était plus élevé lorsque la routine de blessure à la tête de la personne résidente comportait des entrées incomplètes.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, politique de routine en matière de blessure à la tête, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

4. Le programme de prévention des chutes des personnes résidentes du foyer exigeait que le personnel autorisé procède à une évaluation de toutes les chutes sans témoin. Un membre du personnel autorisé n'a pas effectué d'évaluation de la tête aux pieds pour une personne résidente après une chute. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été suivi lorsque l'évaluation de la tête aux pieds n'a pas été effectuée par le personnel autorisé. L'évaluation n'ayant pas été réalisée, la personne résidente risquait de subir des blessures non traitées.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

5. Une personne résidente présentait un risque élevé de chute et le ou la responsable des soins infirmiers a confirmé l'existence d'une stratégie précise de prévention des chutes. La mesure d'intervention en cas de chute n'était pas en place lorsque la personne résidente a fait une chute. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été suivi lorsque la mesure d'intervention précise n'était pas en place. La personne résidente présentait un risque accru de chute lorsque la mesure d'intervention n'était pas en place.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, dossiers cliniques et entretien avec le ou la responsable des soins infirmiers.

6. Le programme de prévention des chutes des personnes résidentes du foyer exigeait de compléter une routine de blessure à la tête pour les chutes sans témoin. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été respecté lorsqu'une routine de blessure à la tête a été effectuée pour une personne résidente au moment de la chute, que les entrées étaient incomplètes et qu'une autre entrée indiquait que la personne résidente refusait de s'y soumettre. Le risque d'altération neurologique était plus élevé lorsque la routine de blessure à la tête de la personne résidente comportait des entrées incomplètes.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, politique de routine de blessure à la tête du foyer, dossiers cliniques, entretien avec le ou la DSI par intérim.

7. Le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été suivi lorsque le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'il avait besoin d'une mesure d'intervention 24 heures sur 24 et que la personne résidente a été observée sans que la mesure d'intervention soit en place. La personne résidente présentait un risque accru de chute lorsque son programme de soins n'était pas respecté.

Sources : observation, politique de prévention et gestion des chutes du foyer, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 février 2026.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

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

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

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*, 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 :

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

Problème de conformité le 15 avril 2024, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1419-0001

Problème de conformité le 9 décembre 2024, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1419-0003

Problème de conformité le 23 mai 2025, dans le cadre de l'inspection n° 2025-1419-0002

Ordre de conformité délivré le 10 mars 2025, dans le cadre de l'inspection n° 2025-1419-0001

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 signification 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 résidents afin de payer l'APA.

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

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

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

Soins de la peau et des plaies

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) 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 :

- a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé (2.1) :
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant

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

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

1. Le ou la DSI par intérim ou son représentant assure la formation du personnel autorisé qui travaillait lorsqu'une personne résidente est rentrée au foyer après avoir été hospitalisée. La formation doit au moins inclure quand et où documenter l'évaluation de la peau d'une personne résidente à son retour de l'hôpital. Conserver un registre écrit du contenu de la formation, des noms du personnel inscrit, de la date de la formation et le nom de la personne qui l'a dispensée.
2. Le ou la DSI par intérim ou la personne désignée assure la formation du personnel autorisé qui travaillait lorsqu'une autre personne résidente est rentrée au foyer après avoir été hospitalisée. La formation doit au moins inclure quand et où documenter l'évaluation de la peau d'une personne résidente à son retour de l'hôpital. Conserver un registre écrit du contenu de la formation, des noms du personnel inscrit, de la date de la formation et le nom de la personne qui l'a dispensée.

Motifs

1. La personne responsable des soins des plaies a confirmé qu'aucun document n'indiquait qu'une évaluation de la peau avait été réalisée par un membre du personnel autorisé au retour d'une personne résidente de l'hôpital. La personne résidente était exposée à un risque d'altération de l'intégrité épidermique, car le personnel autorisé n'a pas procédé à l'évaluation de la peau de la personne résidente à son retour de l'hôpital.

Sources : programme de gestion des soins de la peau et des plaies, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la responsable des soins des plaies.

2. Le ou la DSI par intérim a confirmé qu'il n'y avait pas eu d'évaluation documentée de la peau lors du retour d'une personne résidente de l'hôpital. La personne résidente était exposée à un risque d'altération de l'intégrité épidermique, car le personnel autorisé n'a pas procédé à l'évaluation de la peau de la personne résidente à son retour de l'hôpital.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : programme de gestion des soins de la peau et des plaies, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI par intérim et le ou la responsable des soins des plaies.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 février 2026.

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) 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 ou la directrice de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative 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.

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

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

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

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

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

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.