

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1431-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Friuli Long Term Care

Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Leonardo Gambin, Woodbridge

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 9, 12 au 14, 16, 20, 21 et 27 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 15, 22 et 23 janvier 2026

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection en lien avec le Système de rapport d'incidents critiques (SIC) :

- Signalement : n° 00160519 (Rapports du SIC n° 2947-000028-25 et n° 2947-000029-25) – Signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente par un membre du personnel.
- Signalements : n° 00162525 (Rapport du SIC n° 2947-000038-25) et n° 00163478 (Rapport du SIC n° 2947-000041-25) – Signalements en lien avec la prévention et la gestion des chutes.
- Signalement : n° 00162580 (Rapport du SIC n° 2947-000039-25) – Signalement en lien avec des mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.
- Signalements : n° 00164605 (Rapport du SIC n° 2947-000042-25) et n° 00165648 (Rapport du SIC n° 2947-000049-25) – Signalements en lien avec des éclosions de maladies.
- Signalement : n° 00164917 (Rapports du SIC n° 2947-000044-25 et n° 2947-000045-25) – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente et d'autres préoccupations concernant les soins.

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection de suivi :

- Signalement : n° 00161857 – Suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 en lien avec le programme de prévention et de gestion des chutes.

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des plaintes :

- Signalement : n° 00164936 – Signalement en lien avec les chutes d'une personne résidente et d'autres préoccupations concernant les soins.
- Signalement : n° 00165102 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente et d'autres préoccupations concernant les soins.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1431-0006 en lien avec la disposition 53 (1) 1 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
- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes
- Moyens de contention / Gestion des appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

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

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

On a omis de réexaminer ou de réviser le programme de soins d'une personne résidente en y indiquant que l'on devait mettre en œuvre, auprès d'elle, une mesure d'intervention particulière pour prévenir les chutes.

Le 7 janvier 2026, on a révisé le programme de soins en y indiquant la mesure d'intervention.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Date de mise en œuvre de la rectification : 7 janvier 2026.

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de : la disposition 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.

a) Selon l'enregistrement vidéo, quelques minutes avant la chute d'une personne résidente, celle-ci a activé sa mesure d'intervention adaptée. Toutefois, aucun membre du personnel n'est venu répondre à ses besoins.

b) Selon le rapport d'activité du lit (Bed Activity Report), à plusieurs reprises, il y a eu des retards dans la réaction des membres du personnel lorsque l'on déclenchait le

système d'alerte de la personne résidente. De plus, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que l'on avait omis de venir en aide à la personne résidente conformément aux marches à suivre prévues du foyer. Ainsi, on a omis de répondre rapidement aux besoins de la personne.

c) Selon l'enregistrement vidéo, une personne résidente appelait à l'aide de temps à autre et essayait de changer de position. Toutefois, les membres du personnel ont omis de répondre immédiatement à ses demandes d'aide. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que les membres du personnel auraient dû réagir plus rapidement pour répondre aux besoins en matière de soins de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'activité du lit (Bed Activity Report); enregistrements vidéo; entretiens avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

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

Selon le programme de soins d'une personne résidente, les membres du personnel devaient suivre deux directives contradictoires concernant les soins. En effet, la ou le DSI a reconnu que les directives prévues à l'égard des membres du personnel dans le programme de soins n'étaient pas claires.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; enregistrements vidéo; entretiens avec la PSSP, la ou le physiothérapeute et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 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.

Après que des membres du personnel eurent constaté un nouveau signe d'altération de l'intégrité épidermique chez une personne résidente, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de cette dernière n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre de son programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP, l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

a) Selon le programme de soins d'une personne résidente, on devait garder son appareil fonctionnel à sa portée. Toutefois, à une date donnée, les membres du personnel ont omis de mettre en œuvre cette mesure d'intervention. Ainsi, la personne résidente a subi des conséquences néfastes sur sa santé.

b) Selon le programme de soins d'une personne résidente, on devait mettre en œuvre une mesure d'intervention particulière. Toutefois, à une date donnée, on a omis de le faire.

c) Selon le programme de soins d'une personne résidente, lorsque cette dernière était dans son lit, on devait mettre en œuvre des mesures d'intervention particulières pour prévenir les chutes. Toutefois, on a omis de le faire.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; enregistrements vidéo; entretiens avec la PSSP, l'IA, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Une personne résidente avait besoin d'une aide particulière de la part des membres du personnel pour accomplir une activité de la vie quotidienne. Toutefois, on a omis de réexaminer ou de réviser son programme de soins en y indiquant l'aide particulière dont elle avait besoin de la part des membres du personnel.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les IAA.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 – 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

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.

On a constaté un signe d'altération de l'intégrité épidermique chez une personne résidente. Toutefois, après que des membres du personnel eurent signalé ce signe d'altération de l'intégrité épidermique aux membres du personnel autorisé, ces derniers ont omis d'évaluer la peau de la personne résidente concernée à l'aide de l'outil d'évaluation de la peau et des plaies du foyer (skin and wound assessment tool).

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer concernant le protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Management Protocol); entretiens avec la PSSP, la ou le physiothérapeute, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

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

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

On a constaté qu'il manquait quelques entrées dans les évaluations de suivi réalisées auprès de deux personnes résidentes, lesquelles étaient consignées dans le système d'observation de la démence.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; dossiers de suivi concernant les personnes résidentes dans le système d'observation de la démence; entretien avec l'IAA membre de l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect de : l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs. À une date donnée, celle-ci a adopté des comportements réactifs envers une autre personne résidente. En outre, selon son programme de soins, on avait omis d'élaborer des stratégies visant à réduire ses comportements réactifs avant l'incident, alors qu'elle avait pourtant déjà adopté de tels comportements.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IAA membre de l'équipe du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

Pendant plusieurs semaines, il y a eu quelques éclosions d'une maladie transmissible au foyer. Les membres du personnel devaient surveiller les symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes concernées, et ce, lors de chaque quart de travail. Toutefois, ils ont omis de le faire auprès de plusieurs personnes résidentes au cours de cette période.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; liste des personnes concernées des autorités de santé publique; entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : la disposition 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.

a) Un membre du personnel a constaté qu'une personne résidente présentait un signe d'altération de l'intégrité épidermique. Par la suite, on a envoyé cette dernière à l'hôpital, où l'on a constaté qu'elle avait subi une blessure qui nécessitait bien un traitement à l'hôpital et qui avait entraîné un changement important dans son état de santé. Toutefois, on a omis de signaler cet incident à la directrice ou au directeur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

b) On a constaté un changement dans l'état de santé d'une personne résidente. Par la suite, on a envoyé cette dernière à l'hôpital, où l'on a constaté qu'elle avait subi une blessure. Celle-ci avait entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente. Toutefois, on a omis de signaler l'incident à la directrice ou au directeur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

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

Non-respect du : paragraphe 119 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Paragraphe 119 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi :

1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.
2. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure.
3. Le résident qui est maîtrisé est surveillé au moins une fois l'heure par un membre du personnel infirmier autorisé ou par un autre membre du personnel qui est autorisé à cette fin par un membre du personnel infirmier autorisé.
4. Le résident est dégagé de l'appareil et changé de position au moins toutes les deux heures. (Cette exigence ne s'applique toutefois pas lorsque les côtés de lit sont utilisés si le résident peut lui-même changer de position.)
5. Le résident est dégagé et changé de position à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de son état ou de sa situation.
6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident.

À deux reprises, on a vu qu'une personne résidente était maîtrisée par un appareil mécanique. Toutefois, selon les dossiers cliniques de la personne, on a omis de respecter les exigences énoncées à l'article 35 de la Loi lorsque l'on a maîtrisé celle-ci.

Sources : Démarches d'observation; politique du foyer concernant l'utilisation de mesures de contention [définitions, types de mesures de contention et éléments à prendre en compte] (DEFINITIONS, TYPES & CONSIDERATIONS FOR USE OF RESTRAINT); politique du foyer concernant le protocole pour la mise en œuvre de mesures de contention (Restraint Implementation Protocols); dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente, une IA, une PSSP et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Selon les recommandations formulées par le médecin-hygiéniste en chef pour la prévention et le contrôle des éclosions (février 2025), la désinfection et le nettoyage doivent être effectués dans l'ordre suivant : des zones propres aux zones sales.

On a vu une aide-ménagère ou un aide-ménager nettoyer les chambres à coucher de personnes résidentes dans un secteur du foyer touché par une éclosion de maladie respiratoire confirmée. L'aide-ménagère ou l'aide-ménager a nettoyé la chambre à coucher d'une personne résidente à l'égard de laquelle on devait prendre des précautions supplémentaires, puis elle ou il a nettoyé la chambre à coucher d'une personne résidente à l'égard de laquelle on ne devait pas prendre de telles précautions.

La personne responsable de la PCI a confirmé que les chambres à coucher des personnes résidentes à l'égard desquelles on ne devait pas prendre de précautions supplémentaires auraient dû être nettoyées avant celles des personnes résidentes à

l'égard desquelles on devait prendre de telles précautions.

Sources : Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, ministère de la Santé (entrées en vigueur en février 2025); démarches d'observation; entretien avec la personne responsable de la PCI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Techniques de transfert et de changement de position

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

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1a. Offrir une formation d'appoint aux PSSP concernées sur la politique du foyer en matière de manipulation sécuritaire des personnes résidentes (Safe Resident Handling policy). Lors de cette formation, il faut aborder, entre autres, la façon d'utiliser les différents appareils de levage du foyer, les techniques de transfert, de levage et de changement de position sécuritaires, et le nombre de membres du personnel requis pour effectuer chaque technique de transfert. Il faut également inclure des démonstrations concrètes, là où il y a lieu. En outre, il faut passer en revue, avec les PSSP, les situations quant aux transferts et les mesures d'intervention prévues pour les personnes résidentes désignées.

1b. Offrir une formation d'appoint à une PSSP donnée. Cette formation doit porter sur l'utilisation de techniques de changement de position sécuritaires lorsque l'on offre des soins à une personne résidente, notamment la façon d'encourager cette dernière pendant qu'elle accomplit l'activité prévue.

2. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte et examen effectué suivant les points 1a et 1b ci-dessus, notamment le contenu de la formation, la date, le nom et la signature des membres du personnel présents, ainsi que

le nom de la ou des personnes qui ont animé la formation.

3. Élaborer et effectuer une vérification, afin de veiller à ce que les PSSP désignées utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'elles viennent en aide aux personnes résidentes dont elles sont responsables, conformément aux programmes de soins de ces dernières. Il faut effectuer au moins une vérification par semaine, pendant au moins trois semaines à compter de la signification du présent ordre.

4. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification effectuée, notamment l'heure, la date et le quart de travail, le nom de la personne responsable de la vérification, le nom des personnes résidentes et des membres du personnel concernés, les directives quant aux transferts figurant dans les programmes de soins des personnes résidentes, les constatations faites, les résultats de la vérification, de même que le contenu de la formation ponctuelle offerte et (ou) les autres mesures correctives prises, le cas échéant. Conserver tous les dossiers jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime qu'on s'est conformé à cet ordre.

Motifs

a) Une PSSP a procédé au transfert d'une personne résidente d'une façon qui n'était pas sécuritaire. En effet, elle a utilisé un appareil en particulier sans obtenir l'aide d'un autre membre du personnel. En raison de cette omission, la personne résidente a glissé hors de l'appareil.

Sources : Rapport d'incident critique (IC); programme de soins de la personne résidente; dossier d'enquête interne du foyer de soins de longue durée; politique du foyer en matière de manipulation sécuritaire des personnes résidentes (Safe Resident Handling policy); entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

b) Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci avait besoin d'une aide particulière de la part des membres du personnel pour accomplir une activité de la vie quotidienne. Toutefois, à une date donnée, la PSSP a aidé la personne résidente à accomplir une activité donnée sans faire appel à l'aide requise de la part d'autres membres du personnel.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; enregistrements vidéo;

entretiens avec la ou le physiothérapeute et la ou le DSI.

c) Une PSSP a placé une personne résidente d'une façon qui n'était pas sécuritaire, ce qui a eu un effet néfaste sur la santé de celle-ci.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; dossiers d'enquête du foyer; entretiens avec la PSSP et la ou le physiothérapeute.

d) Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci avait besoin d'une aide particulière de la part des membres du personnel afin d'utiliser un appareil en particulier. Toutefois, à une date donnée, la PSSP a aidé la personne résidente sans faire appel à l'aide requise de la part d'autres membres du personnel.

L'omission des membres du personnel de fournir des soins aux personnes résidentes en utilisant des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires a entraîné un risque accru de préjudice et de blessure pour les personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente concernée; dossiers d'enquête du foyer; entretiens avec la PSSP et la ou le physiothérapeute.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 6 mars 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 015 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 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'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Offrir une formation d'appoint aux IAA désignés sur le programme de prévention et

de gestion des chutes du foyer (falls prevention and management program). La formation doit comprendre :

- Un examen des évaluations préliminaires à effectuer avant de déplacer une personne résidente après que celle-ci eut fait une chute.
- Une démonstration concrète de la façon d'évaluer l'état d'une personne résidente après que celle-ci eut fait une chute, notamment en effectuant une évaluation préliminaire de la tête aux pieds, qui doit être réalisée pour exclure une fracture de la hanche et toute autre fracture, en établissant adéquatement la situation quant aux transferts de cette personne et en évaluant ses signes verbaux et non verbaux de douleur et tout autre signe de blessure.
- Un examen des mesures à prendre si l'on soupçonne ou constate une blessure, y compris le nom des personnes à informer (p. ex. le médecin, l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien ou toute autre personne), conformément à la politique correspondante.
- La façon de favoriser le transfert sécuritaire de la personne résidente après une chute, en respectant la marche à suivre appropriée pour le levage.
- Une révision des évaluations qui doivent être réalisées lorsque l'on établit qu'il est sécuritaire de transférer la personne résidente.
- La façon de consigner les renseignements sur les différents types d'évaluations postérieures à la chute et leurs résultats, notamment les évaluations préliminaires, l'évaluation de la situation quant aux transferts et la méthode ou les appareils utilisés, ainsi que toute autre évaluation postérieure à la chute requise selon la politique correspondante du foyer, de même que le moment où l'on doit consigner ces renseignements.

2. Offrir une formation d'appoint aux PSSP désignées sur le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer (falls prevention and management program). La formation doit comprendre :

- Le rôle et les responsabilités des PSSP après la chute d'une personne résidente.
- La façon de déplacer une personne résidente après sa chute, en respectant la marche à suivre appropriée, et le moment où l'on doit le faire.

3. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte suivant les points 1 et 2, notamment le nom de la ou des personnes qui l'ont animée, le contenu et la date de la formation, le nom du ou des membres du personnel qui ont suivi la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

Motifs

Après la chute de deux personnes résidentes, on a constaté que celles-ci avaient subi

une blessure. Toutefois, le foyer a omis de veiller au respect de sa politique en matière de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention & Management policy). En effet, selon cette dernière, les membres du personnel devaient effectuer une évaluation préliminaire adéquate, respecter la marche à suivre appropriée pour le levage des personnes et informer le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien de la situation, ce qu'ils ont omis de faire.

a) À une date donnée, une personne résidente a fait une chute sans témoin, qui a entraîné un changement dans son état de santé. Toutefois, l'infirmière ou l'infirmier a omis d'informer le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien de la situation.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que l'IAA devait respecter la politique en matière de prévention et de gestion des chutes du foyer (Falls Prevention & Management policy) et informer le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien des résultats de son évaluation.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; dossier d'enquête du foyer; politique en matière de prévention et de gestion des chutes du foyer (Falls Prevention & Management policy); entretiens avec l'IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

b) Après qu'une personne résidente eut fait une chute, on a omis d'effectuer l'évaluation préliminaire comme il se devait et de transférer la personne résidente en utilisant la méthode appropriée, ce qu'exigeait pourtant la politique correspondante du foyer.

L'omission des membres du personnel de respecter le programme et les politiques du foyer concernant la gestion des chutes a entraîné un risque accru de préjudice et d'autres blessures pour les personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente concernée; enregistrements vidéo; politique en matière de prévention et de gestion des chutes du foyer (Falls Prevention & Management policy); entretiens avec la PSSP, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et la ou le DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 6 mars 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)

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 002)

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

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée pour la raison suivante : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

Historique de la conformité :

Le 4 novembre 2025, on a délivré un ordre de conformité hautement prioritaire dans le cadre de l'inspection n° 2025-1431-0006.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents 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 pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

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

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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

jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

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

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

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.