

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

**Rapport public**

**Date d'émission du rapport :** 19 décembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1710-0009

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** Lakeridge Health

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Lakeridge Gardens, Ajax

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 12 décembre et du 15 au 19 décembre 2025.

L'inspection concernait :

- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente.
- Un signalement lié à un suivi d'un ordre de conformité.
- Un signalement lié à la blessure d'une personne résidente.
- Un signalement lié à une plainte concernant une allégation de mauvais traitements.
- Un signalement lié aux mauvais traitements d'une personne résidente.
- Un signalement lié à une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié aux mauvais traitements d'une personne résidente.
- Un signalement lié aux mauvais traitements d'une personne résidente.
- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente.
- Un signalement lié à une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié aux soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié aux soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié aux soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente.

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre de conformité suivant délivré antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1710-0007 aux termes du paragraphe 24 (1) 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

LRSLD (2021)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Droits et choix des personnes résidentes
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### 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 du : sous-alinéa 3 (1) 19. iv. 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 :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) d'un incident lié à la divulgation de renseignements personnels sur la santé d'une personne résidente.

Lors des entretiens avec les membres du personnel, ceux-ci ont confirmé que des renseignements sur la personne résidente avaient été communiqués.

**Sources** : politiques et entretiens avec les membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

**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.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la chute d'une personne résidente.

Les dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente font état d'un certain nombre de chutes. Lors d'entretiens avec les membres du personnel, ceux-ci ont indiqué que la personne résidente avait demandé plusieurs mesures d'intervention pour limiter les chutes. Le personnel a reconnu que le programme de soins de la personne résidente ne reflétait pas que le recours à une mesure d'intervention pourrait être réexaminé.

**Sources :** politiques, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

**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 (4) b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Un test diagnostique a été demandé pour une personne résidente et a été retardé pendant plusieurs semaines.

**Source :** entretiens avec les membres du personnel.

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

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

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

**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.

Des allégations de soins ou de traitements inappropriés des personnes résidentes ont été formulées à une date précise et ont fait l'objet d'un rapport tardif.

**Sources :** rapports d'incident critique (RIC), politiques et entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les résidents**

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

**Non-respect de : l'alinéa 33 (1) b) de la LRSLD (2021)**

Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les résidents

Paragraphe 33 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) la politique est respectée.

À plusieurs reprises, la politique du foyer n'a pas été respectée, car une personne résidente a été placée dans un dispositif de contention limitant sa capacité à se déplacer de manière indépendante.

**Source :** politiques et entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Facturation au résident**

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

**Non-respect du : l'alinéa 94 (1) 4 de la LRSLD (2021)**

Facturation au résident

Paragraphe 94 (1) Le titulaire de permis ne doit pas exiger d'un résident qu'il paie quoi que ce soit, si ce n'est conformément à ce qui suit :

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

4. Malgré la disposition 3, il ne doit pas être exigé un paiement d'un résident pour quoi que ce soit à l'égard duquel les règlements ne prévoient pas de paiement.

Une personne résidente a fait une chute à une date précise.

Un examen des dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente a révélé que des mesures d'intervention de prévention des chutes devaient être mises en œuvre. La documentation révèle que la famille d'une personne résidente a dû acheter la mesure d'intervention. Le personnel a confirmé que la pratique, au foyer, veut que les personnes résidentes et leur famille sont tenues d'acheter la mesure d'intervention.

**Sources** : politiques, RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

### **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) 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.

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque élevé de chute et a fait une chute avec blessure à une date donnée. Aucune mesure d'intervention en cas de chute n'a été mise en œuvre et le programme de soins de la personne résidente n'a pas été mis à jour pour refléter son risque de chute.

**Sources** : RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, politiques et entretiens avec les membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 008 – 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

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

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.

La politique sur la gestion de la douleur du foyer demande au personnel de procéder à une évaluation dans des cas précis. À une date précise, une personne résidente a indiqué qu'elle avait de la douleur en lien avec une blessure. L'évaluation de la douleur n'a pas été réalisée dans un délai précis.

**Sources :** RIC, dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

### **Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la chute d'une personne résidente survenue à une date précise.

Un examen des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente a révélé une mesure d'intervention. Lors des entretiens avec le personnel, il a été confirmé que la mesure d'intervention avait été mise en place, mais qu'elle ne fonctionnait pas au moment de la chute.

**Sources :** politiques, RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

**Non-respect de : l'alinéa 55 (2) d) 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 :

d) tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin, compte tenu de son état et de la tolérance de sa charge tissulaire, sauf qu'il ne doit être changé de position pendant qu'il dort que si cela s'impose sur le plan clinique.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) d'un sujet de préoccupation lié à la peau d'une personne résidente.

Lors de l'examen des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, il a été indiqué que la personne résidente avait besoin d'aide pour se repositionner toutes les deux heures. Le personnel a reconnu que la personne résidente n'a pas été repositionnée toutes les deux heures.

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

**AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

**Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

Une personne résidente a fait une chute qui l'a blessée. Un examen des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente a révélé qu'aucun outil d'évaluation de la douleur n'a été utilisé.

**Sources :** politiques, RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

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

## AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 012 – 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.

Un outil d'évaluation comportementale a été mis en place pour deux personnes résidentes différentes. La documentation relative aux outils présentait des lacunes et n'a pas été remplie.

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

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

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

Altercations entre les résidents et autres interactions

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

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

À une date précise, une mesure d'intervention a été mise en œuvre dans le cadre de la surveillance d'une personne résidente. La mesure d'intervention n'a pas été correctement mise en œuvre, ce qui a entraîné une altercation entre deux personnes résidentes.

**Sources** : dossiers médicaux des personnes résidentes, notes d'enquête et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

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

**Non-respect du : paragraphe 108 (2) 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 :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- 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;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

1. Le directeur ou la directrice a été informé(e) d'une plainte liée aux soins promulgués à une personne résidente.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel, celui-ci a indiqué que la procédure n'avait pas été suivie en ce qui concerne les préoccupations exprimées par une personne résidente.

**Sources :** politiques, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

2. Le foyer n'a pas tenu de registre des plaintes verbales.

**Sources :** entretiens avec les membres du personnel.

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Déclaration des droits des résidents**

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

**Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4 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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

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

**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 directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le cadre désigné facilitera une discussion structurée avec un membre donné du personnel. La discussion portera sur la déclaration des droits des résidents et sur la politique de tolérance zéro du foyer à l'égard des mauvais traitements et de la négligence. La discussion structurée doit amener le membre du personnel à comprendre les types de mauvais traitements et l'importance des droits des personnes résidentes. Elle encouragera un dialogue constructif et inclura des scénarios ou des exemples. Les résultats de la discussion, y compris la date et les personnes présentes, seront consignés dans un document.
2. L'équipe de direction élaborera et mettra en œuvre un plan de sécurité pour un membre du personnel donné qui prodigue des soins directs aux personnes résidentes. Le plan doit indiquer comment le foyer contrôlera les soins donnés par le membre du personnel, qui est responsable du contrôle de tels soins directs, les mesures prises pour garantir la sécurité des personnes résidentes recevant des soins et toutes les mesures correctives prises.

**Motifs**

Le directeur ou la directrice a reçu une plainte liée aux soins promulgués à une personne résidente.

Un membre du personnel a été impliqué dans de multiples allégations de mauvais traitements d'ordre verbal à l'égard d'une personne résidente. Après la troisième allégation, il a été demandé au membre du personnel de ne pas participer aux soins de la personne résidente. Un examen plus approfondi des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente a confirmé que le membre du personnel avait continué à prodiguer des soins après la troisième allégation. L'administrateur ou l'administratrice du foyer a reconnu que le membre du personnel aurait dû cesser les soins pour éviter que d'autres incidents ne se produisent.

On n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit protégée d'autres incidents de mauvais traitements d'ordre verbal de la part du membre du personnel. Ainsi, la personne résidente a dû faire face à d'autres remarques dévalorisantes, ce qui a provoqué une détresse émotionnelle.

**Sources :** notes d'enquête interne, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

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

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre de conformité au plus tard le 13 mars 2026.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 Techniques de transfert et de changement de position**

Problème de conformité n° 016 – 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 personnes résidentes.

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

1. Former à nouveau un membre du personnel à des procédures conformes à la politique et aux programmes de soins des personnes résidentes.
  - a) Obtenir une reconnaissance signée du membre du personnel confirmant sa compréhension.
  - b) Effectuer une observation supervisée du membre du personnel effectuant un transfert.
  - c) Conserver une trace documentée de la formation de recyclage et de l'observation du membre du personnel.
  
2. Mettre en œuvre une vérification pour garantir la sécurité des transferts d'un certain nombre de personnes résidentes. La vérification devrait inclure ceci :
  - a) Observation directe d'un transfert, pour chaque personne résidente mentionnée.
  - b) Examen de la documentation, dans Point Click Care, pendant quatre semaines pour s'assurer que la documentation est cohérente avec le programme de soins des personnes résidentes.
  - c) Vérification vidéo aléatoire de l'équipe du soir, une fois par semaine, pendant quatre semaines, pour s'assurer que le personnel respecte les transferts de chaque personne résidente mentionnée.
  - d) Examen de toute incohérence avec le programme de soins des personnes résidentes ou la politique du foyer; rééducation du personnel concerné.
  - e) Conservation d'une trace écrite de la vérification des observations, de la documentation et de toute rééducation.

**Motifs**

1. Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la chute d'une 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

survenue à une date précise.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent qu'après la chute, la personne résidente a eu besoin de l'aide de plusieurs membres du personnel pour être transférée à nouveau dans son lit. Lors d'un entretien avec les membres du personnel, ceux-ci ont confirmé que la personne résidente avait été transférée manuellement après la chute et que le personnel aurait dû l'aider en utilisant un lève-personne mécanique.

**Sources :** politiques, RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

2. À une date donnée, trois incidents impliquant un membre du personnel ont été signalés. Il s'agissait d'incidents critiques au cours desquels des personnes résidentes ont eu besoin d'aide pour des transferts, sans que le nombre requis de membres du personnel ne soit présent.

La politique du foyer stipule qu'un minimum de deux employés est nécessaire pour les transferts afin de garantir la sécurité des personnes résidentes. De plus, les programmes de soins d'un certain nombre de personnes résidentes précisent que les transferts et le positionnement nécessitent deux employés.

À une date précise, il a été allégué qu'un membre du personnel avait transféré une personne résidente sans l'aide de deux membres du personnel. Les notes d'enquête du foyer indiquent que le membre du personnel a indiqué qu'un autre membre du personnel l'avait aidé à transférer la personne résidente. Le membre du personnel a indiqué que, lorsqu'il s'est rendu dans la chambre de la personne résidente, il n'a pas eu besoin d'aide, car la personne résidente était déjà au lit à son arrivée.

À une date précise, il a été allégué que le membre du personnel avait transféré un certain nombre de personnes résidentes sans l'aide de deux membres du personnel. Le personnel a indiqué que l'examen des images de la caméra du foyer ne montrait pas qu'un deuxième membre du personnel se trouvait dans la chambre des personnes résidentes au moment du transfert et du positionnement.

Le personnel a reconnu que l'enquête du foyer avait montré que le membre du personnel impliqué n'avait pas respecté la politique du foyer en matière de levage et de transfert sécuritaires, qui exige la présence d'au moins deux membres du personnel. Cela a exposé plusieurs personnes résidentes à un risque de blessure.

**Sources :** RIC, notes d'enquête du foyer, politiques, séquences vidéo des incidents, dossiers

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

médicaux cliniques des personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre de conformité au plus tard le 13 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 (OC) 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 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est 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 :**

Ordre de conformité en lien avec l'espace de travail n° 2023\_1710\_0006, émis le 11-12-2023.

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.

**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<sup>e</sup> 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 du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après 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<sup>e</sup> 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 n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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

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

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).