

**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 31 juillet 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1530-0004**Type d'inspection :**Plainte  
Incident critique**Titulaire de permis :** Conseil de gestion du district de Parry Sound Ouest**Foyer de soins de longue durée et ville :** Belvedere Heights, Parry Sound**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 25 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : lié à une épidémie à l'échelle de l'établissement.
- Le dossier : lié à des allégations de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente.
- Le dossier : lié à une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente.
- Le dossier : lié à une plainte déposée pour des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.
- Le dossier : lié à des comportements réactifs entre personnes résidentes.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'une allégation d'administration de soins de façon inappropriée ayant entraîné un risque de préjudice pour une personne résidente.

**Sources :** rapport d'IC, notes d'enquête du foyer, entretiens avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

### AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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

Par. 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 résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, en ce qui concerne les soins prodigués à une personne résidente

qui avait fait une chute.

Conformément à l'alinéa 11 (a) (b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer que des politiques et des protocoles écrits étaient élaborés pour le programme de prévention et de gestion des chutes et s'assurer qu'ils étaient respectés.

Plus précisément, le personnel agréé n'a pas respecté la politique du foyer sur la prévention et la gestion des chutes (Falls Prevention and Management) en ne remplissant pas un document précis après que la personne résidente ait fait une chute sans témoin.

**Sources :** rapport d'IC, dossiers médicaux de la personne résidente, notes de l'enquête interne du foyer, politique du foyer de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel agréé, ainsi qu'avec le ou la DSI.

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

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan individuel pour gérer les activités de la vie quotidienne (AVQ) de la personne résidente soit mis en œuvre, lorsque le personnel n'avait pas respecté le plan précis de celle-ci.

Une personne résidente n'a pas bénéficié des AVQ précises pendant un certain temps, même si la documentation du personnel de soins directs indiquait que les activités de soins avaient été effectuées.

**Sources :** programme de soins provisoire d'une personne résidente, documentation

du point de service pour un mois précis; entretien avec le personnel de soins directs et entretien avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur ou la directrice soient respectées.

Conformément à l'exigence supplémentaire de l'alinéa 9.1 (d) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI) soit respectée lorsque le personnel mettait et portait des masques médicaux de manière inappropriée. De plus, conformément à l'exigence supplémentaire 10.2 (b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'hygiène des mains pour les personnes résidentes comprenne de 70 à 90 % d'agents d'hygiène des mains lorsque les personnes résidentes ont reçu une méthode inappropriée d'hygiène des mains avant le service d'un repas.

**Sources :** observations d'une aire du foyer et de la salle à manger, politique du foyer en matière d'hygiène des mains dans la salle à manger et entretien avec le ou la responsable de la PCI.

## ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 COMPORTEMENTS RÉACTIFS

Non-respect n° 005 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la

LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 58 (4) 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 : a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;

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

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

**L'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 :

a) Examiner et réviser la procédure de surveillance spécifiée pour le foyer afin de s'assurer qu'elle est mise en œuvre comme il se doit. Le processus révisé doit inclure des détails sur la manière dont les pauses seront couvertes afin de garantir qu'il n'y ait pas d'interruption du processus de surveillance spécifié par des membres du personnel spécialisés.

b) Veiller à ce que tous les employés des services d'aide à la personne et le personnel agréé reçoivent une formation sur le processus de surveillance spécifié révisé du foyer.

c) Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification hebdomadaire pour veiller à ce que les documents de surveillance spécifiés soient remplis pendant toute la durée de la mise en œuvre du processus de surveillance spécifié d'une personne résidente et à ce que tous les documents soient classés dans les dossiers de soins de santé de la personne résidente. Le processus de vérification doit également garantir que les documents propres au suivi des personnes résidentes sont entièrement remplis à chaque fois qu'ils sont mis en œuvre et que les tâches du point de service et du registre électronique d'administration des médicaments pour la réalisation du processus de surveillance spécifié sont documentées avec précision.

d) Mener le processus de vérification pendant au moins quatre semaines ou plus longtemps si des préoccupations continuent d'être repérées et prendre des mesures correctives pour toutes les lacunes cernées dans le cadre du processus de vérification.

e) Tenir un registre de tout ce qui est requis en vertu des sections a) à d).

**Motifs**

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a manifesté des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, y compris l'élaboration de stratégies et de mesures d'intervention, et à ce que les réponses de la personne résidente soient documentées.

Une personne résidente présentait des comportements de plus en plus réactifs et l'examen de son dossier médical a révélé qu'une mesure d'intervention précise avait été mise en place. Cependant, l'inspecteur ou l'inspectrice n'a pas été en mesure de savoir quand cette mesure d'intervention avait été mise en œuvre ou interrompue ni de trouver des documents du personnel indiquant qu'elle avait été mise en place. De plus, le personnel devait suivre un processus de surveillance précis, et lorsque la documentation a été examinée, il a été constaté qu'il n'avait pas suivi. Par conséquent, un résumé et une évaluation des comportements de la personne résidente n'ont pas pu être réalisés.

**Sources :** rapport d'IC, dossiers médicaux de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer, et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel agréé, ainsi qu'avec le ou la DSI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une mesure d'intervention précise devant être mise en œuvre pour atténuer les comportements réactifs d'une autre personne résidente soit mise en œuvre.

De plus, les évaluations, les mesures d'intervention et les réactions des personnes résidentes à ces mesures d'intervention n'étaient pas documentées. Le personnel devait mettre en œuvre un processus de surveillance précis pour la personne résidente, mais il manquait des documents.

**Sources :** documents relatifs à la mesure d'intervention précise, rapport de l'IC, notes de l'enquête interne, dossiers médicaux d'une personne résidente, politique du foyer sur les comportements réactifs/approche des soins en douceur (Responsive Behaviours/GentleCare Approach) et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel agréé, ainsi qu'avec le ou la DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 26 août 2025.**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

### **Directeur ou directrice**

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

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

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

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

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

**Directeur ou directrice**

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

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<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).