

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1200-0004**Type d'inspection :**Plainte
Incident critique
Suivi**Titulaire de permis :** Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Caessant Care Lindsay Nursing Home,
Lindsay

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 20 et du 23 au 26 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié au suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) n° 001 / 2025-1200-0001 en vertu de l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation.
- Un dossier lié à une plainte concernant la blessure d'une personne résidente.
- Un dossier lié à une plainte concernant le mauvais traitement d'une personne résidente.
- Un dossier relatif à une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Un dossier relatif à une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Un dossier lié à la chute 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° 2025-1200-0001 lié à l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont., 246/22.

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
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 : Participation de la personne résidente

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

Non-respect du paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de celle-ci.

Une mesure d'intervention a été mise en œuvre pour une personne résidente et le titulaire de permis a informé le personnel qu'il y avait des limites à la mesure d'intervention pendant les soins directs offerts à la personne résidente.

Le directeur général ou la directrice générale a reconnu que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale avait exprimé des préoccupations au sujet de la mesure d'intervention et de la sécurité de la personne résidente.

Sources : plainte, politiques du foyer, entretiens avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers, le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, le directeur ou la directrice des soins (DSI) et le directeur général ou la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

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

Système de communication bilatérale

Par. 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;

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que la sonnette d'appel de la personne résidente soit accessible.

Lors d'une observation, le système de communication bilatérale du foyer s'est déclenché, alertant le personnel d'une urgence dans les toilettes d'une personne résidente. Le personnel pouvait entendre la personne résidente demander de l'aide. Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) a confirmé que la personne résidente n'avait pas accès à un cordon pour tirer la sonnette d'appel lorsqu'elle est dans son lit. Le ou la DSI a confirmé que la personne résidente utilisait une autre méthode que la sonnette d'appel pour alerter le personnel.

Sources : politique du foyer, observations, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente et entretiens avec la personne résidente et l'IA.

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) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive l'aide du personnel aux toilettes.

Le système de communication bilatérale du foyer a fait l'objet d'une observation,

puisque l'alerte a indiqué une situation d'urgence dans les toilettes d'une personne résidente. L'alerte a indiqué que l'appel est resté sans réponse pendant plusieurs minutes et que le personnel pouvait entendre la personne résidente demander de l'aide.

Le programme de soins de la personne résidente indique que cette dernière a besoin de l'aide d'un membre du personnel pour aller aux toilettes. Lors d'un entretien, la personne résidente a mentionné qu'elle attendait beaucoup de temps avant que le personnel ne réponde à ses besoins.

Sources : politique du foyer, observations, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente et entretiens avec la personne résidente et un ou une IA.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect de l'alinéa 57 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

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

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente fasse l'objet d'un suivi.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis concernant la chute d'une personne résidente. Les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente indiquent que celle-ci souffre de nouvelles douleurs. La documentation remplie par le personnel agréé confirme que la douleur de la personne résidente n'a pas fait l'objet d'un suivi dès les premiers signes de douleur. Lors d'un entretien avec le ou la DSI, il ou elle a confirmé que la douleur de la personne résidente devait faire l'objet d'un suivi dès l'apparition de la douleur.

Sources : politique du foyer, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la nourriture et les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour la personne résidente.

Lors d'un entretien avec une personne résidente, celle-ci a mentionné qu'à une date précise, lors d'un service de repas, un ou une membre du personnel lui avait servi une soupe froide. Un ou une aide en diététique a confirmé qu'il ou elle ne prenait pas la température de la soupe servie. Le ou la gestionnaire de la nutrition a confirmé qu'il n'existait aucun registre indiquant que la température de la soupe servie avait été relevée.

Sources : registres de température, politique du foyer, entretiens avec une personne résidente, un ou une aide en diététique et le ou la gestionnaire de la nutrition.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Art. 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Art. 105 et par. 390 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police compétent soit immédiatement informé d'un incident présumé. En particulier, le titulaire du permis a attendu le lendemain de l'incident pour confirmer les allégations.

Sources : notes d'enquête du foyer, dossiers médicaux cliniques de la personne

résidente, entretiens avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers, le ou la DSI et le directeur général ou la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

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

Rapports : incidents graves

Par. 115 (4) S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

(b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5).
Paragraphe 115 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de signaler un incident ayant causé une blessure qui a entraîné un changement important dans l'état d'une personne résidente.

Une personne résidente a subi un incident qui a causé une blessure pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital et qui a entraîné un changement important de son état à une date donnée. Le directeur ou la directrice a été informé(e) de l'incident quelques jours plus tard. Le ou la DSI a reconnu que l'incident concernant la personne résidente aurait dû être signalé plus tôt.

Sources : RIC, dossier médical clinique de la personne résidente, notes d'enquête interne et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect du paragraphe 115 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, ou toute autre personne désignée par l'un ou l'autre soit avisé promptement d'une lésion ou d'une maladie grave qu'a le résident, conformément

aux directives fournies par la ou les personnes qui doivent en être avisées.
Paragraphe 115 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis d'informer le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente d'un incident ayant entraîné une blessure.

L'examen des dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente indique que celle-ci a fait une chute à une date précise. Lors d'un entretien avec un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), cette personne a indiqué que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente avait mentionné au personnel une autre personne à contacter en cas d'urgence. Le ou la DSI a confirmé que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente ou la personne à contacter en cas d'urgence n'avaient pas été informés de la chute.

Sources : RIC, dossier médical clinique de la personne résidente, notes d'enquête interne et entretiens avec l'IAA et le ou la DSI.

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

Non-respect n° 009 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD 2021

Obligation de protéger

Par, 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

Le titulaire de permis doit prendre les mesures suivantes :

1. S'assurer que le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale connaissent la politique relative à la tolérance zéro en matière de mauvais traitements (*Zero Tolerance of Abuse Policy*) et suivent la formation en matière de gestion des comportements réactifs. Cette formation s'ajoute au programme de formation régulier du foyer.
2. Tenir un registre de la formation, comprenant le contenu de la formation, le nom du formateur ou de la formatrice, la date de la formation, la présence du personnel

et les signatures, et le fournir à l'inspecteur ou à l'inspectrice à sa demande.

3. Communiquer à l'ensemble du personnel de soins directs, par une méthode choisie par le foyer, la définition de mauvais traitements, et définir les types de comportements qui présentent un risque de préjudice pour les personnes résidentes, ainsi que la manière de gérer les comportements réactifs.

4. Tenir un registre de la communication au personnel de soins directs, de la ou des dates de communication et des noms des membres du personnel auxquels elle a été communiquée, et le fournir à l'inspecteur ou à l'inspectrice à sa demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements infligés par une personne résidente.

Les dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente indiquent qu'elle a des comportements réactifs. Le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour; des mesures d'intervention visant à prévenir l'expression de comportements réactifs y ont été ajoutées.

À une date précise, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente a signalé au foyer qu'il ou elle avait observé une autre personne résidente dans la chambre de la première personne résidente. Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a fait part de son inquiétude au directeur général ou à la directrice générale, qui a reconnu avoir voulu attendre pour confirmer les allégations de mauvais traitements.

Le ou la DSI, le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale ont confirmé les allégations de mauvais traitements et ont mis en place une mesure d'intervention pour la personne résidente concernée.

Les dossiers médicaux cliniques des deux personnes résidentes à une date donnée indiquent à plusieurs reprises que le personnel a trouvé la personne résidente dans la chambre de l'autre personne résidente. Le foyer a reçu la confirmation qu'un deuxième incident de mauvais traitements s'était produit à une date précise, avant que le foyer ne mette en place une mesure d'intervention.

L'absence de protection de la personne résidente contre les mauvais traitements a entraîné d'autres incidents de mauvais traitements à son égard.

Sources : notes d'enquête pour les RIC, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente, politique du foyer, entretiens avec un ou une IAA, le directeur général ou la directrice générale, le ou la DSI et le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

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

15 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Non-respect n° 010 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 27 (1) b) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Par. 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

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 prendre les mesures suivantes :

1. S'assurer que le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale suivent une formation sur les mesures à prendre à la suite d'un signalement de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés.
2. Tenir un registre de la formation, comprenant une copie du contenu de la formation, le nom du formateur ou de la formatrice, la date de la formation, le nom du personnel et les signatures.
3. Fournir une copie du registre à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.
4. Communiquer au personnel de soins directs, par une méthode choisie par le foyer, les mesures à prendre par l'ensemble du personnel à la suite d'un signalement de mauvais traitements présumés, suspectés ou constatés.
5. Conserver une copie de la communication, y compris la date à laquelle elle a été communiquée, et une liste du personnel auquel elle a été communiquée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées soient prises

en réponse aux allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

La politique de tolérance zéro en matière de maltraitance et de négligence du foyer (*Zero Tolerance Abuse and Neglect Policy*) indique qu'en cas d'allégation de mauvais traitements, une enquête sera immédiatement ouverte. Elle précise aussi que le personnel agréé veillera à ce que la personne résidente soit évaluée, aidée et soutenue, et à ce que des mesures d'intervention soient mises en place pour garantir sa sécurité et son confort, ainsi que toute mesure préventive à appliquer pour la sécurité et la prévention de toute nouvelle occurrence.

Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale ont reconnu qu'ils ou elles n'avaient pas pris les mesures prévues par la politique susmentionnée lorsqu'ils ou elles ont reçu des allégations de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente par une autre personne résidente à la date précisée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des mesures appropriées soient mises en place en réponse aux allégations de mauvais traitements n'a pas permis d'assurer la sécurité de la personne résidente ni de prévenir d'autres cas de mauvais traitements de la part d'une autre personne résidente.

Sources : RIC, procédure de tolérance zéro en matière de maltraitance et de négligence, entretiens avec le directeur général ou la directrice générale, le ou la DSI et le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 003 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Non-respect n° 011 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) 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

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 :

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.

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 prendre les mesures suivantes :

1. S'assurer que le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale suivent une formation sur les exigences en matière de rapports prévues à l'article 28 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Cette formation s'ajoute au programme de formation régulier du foyer.
2. Tenir un registre de la formation, comprenant le contenu de la formation, le nom du formateur ou de la formatrice, la date de la formation, la présence du personnel et les signatures, et le fournir à l'inspecteur ou à l'inspectrice à sa demande.
3. Communiquer à l'ensemble du personnel de soins directs, par une méthode choisie par le foyer, le devoir du titulaire de permis et de l'ensemble du personnel de signaler directement au directeur ou à la directrice les cas de mauvais traitements présumés, suspectés ou constatés, lorsqu'il existe un risque de préjudice ou de dommage pour une personne résidente, la définition et les types de comportements qui présentent un risque de préjudice pour les personnes résidentes et la manière de gérer les comportements réactifs.
4. Tenir un registre de la communication au personnel de soins directs, de la ou des dates de communication et des noms des membres du personnel auxquels elle a été communiquée, et le fournir à l'inspecteur ou à l'inspectrice à sa demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas signalé les allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Un membre de la famille a signalé au directeur adjoint des soins infirmiers ou à la directrice adjointe des soins infirmiers une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le directeur général ou la directrice générale ont indiqué que la politique du foyer est de signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements; ils ou elles ont reconnu ne pas avoir signalé les allégations immédiatement, parce qu'ils ou

elles voulaient attendre pour confirmer les allégations.

Le directeur général ou la directrice générale a reconnu que le foyer avait confirmé les allégations à une date précise. Cette même personne a confirmé qu'un deuxième incident de mauvais traitements s'était produit à une date précise, avant que le foyer ne mette en place des mesures de sécurité.

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement l'allégation de mauvais traitements a entraîné un retard dans la mise en œuvre de la supervision de la sécurité de la personne résidente et un deuxième incident de mauvais traitements.

Sources : notes d'enquête pour le RIC, dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, politique de tolérance zéro en matière de maltraitance et de négligence du foyer (*Zero Tolerance Abuse and Neglect Policy*) et entretiens avec le directeur général ou la directrice générale, le ou la DSI et le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Comportements et altercations

Non-respect n° 012 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021).

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

Comportements et altercations

Art. 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;

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 prendre les mesures suivantes :

1. Déterminer et mettre en œuvre des mesures d'intervention pour une personne

résidente, afin de minimiser les comportements réactifs et le risque d'interactions susceptibles de causer un préjudice envers d'autres personnes résidentes, déterminer des déclencheurs et les comportements réactifs, et intervenir à la suite d'altercations et aux interactions susceptibles de causer un préjudice entre personnes résidentes.

2. Mettre à jour le programme de soins de la personne résidente pour y inclure les mesures d'intervention trouvées.
3. Conserver une copie écrite du programme de soins actualisé de la personne résidente et un registre des présences de l'équipe interdisciplinaire qui a participé à l'examen et à l'actualisation du programme de soins. Fournir une copie du registre à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.
4. Le ou la DSI ou son représentant ou sa représentante doit former l'ensemble du personnel de soins directs, y compris le personnel de l'agence ou d'un foyer donné, au programme de soins et aux mesures d'intervention pour la personne résidente, afin de réduire au minimum les altercations et le risque d'interactions susceptibles de causer un préjudice envers d'autres personnes résidentes.
5. Conserver une copie écrite du personnel présent à la formation, y compris la personne qui a dispensé la formation, la date à laquelle la formation a été dispensée, le nom et la signature du personnel présent et le contenu de la formation dispensée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et des mesures d'interventions soient mises en œuvre pour réduire au minimum le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice envers une personne résidente et les autres personnes résidentes.

Le programme de soins d'une personne résidente indique que celle-ci a des comportements réactifs. Une évaluation comportementale dans le cadre du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a été réalisée à une date précise pour la personne résidente. Le foyer n'a pas fait de demande au programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ni mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour y ajouter de nouvelles mesures d'intervention pour minimiser le risque d'interactions susceptibles de causer un préjudice envers d'autres personnes résidentes.

L'entretien avec le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement indique que le foyer dispose d'une politique pour déterminer et gérer les comportements réactifs.

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

Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a mentionné avoir reçu un appel de la famille d'une personne résidente qui a fait part d'une allégation de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente. Le directeur général ou la directrice générale reconnaît que le foyer a attendu le lendemain pour confirmer les allégations de mauvais traitements et mettre en œuvre des procédures et des mesures d'intervention visant à minimiser le risque de nouvelles altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre la personne résidente et d'autres personnes résidentes. Le directeur général ou la directrice générale a également reconnu qu'il y avait eu un deuxième incident de mauvais traitements à une date précise, avant que le foyer n'examine le premier incident de mauvais traitements et n'intervienne pour assurer la sécurité des personnes résidentes.

L'absence de procédures et de mesures d'intervention visant à minimiser le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice a entraîné des mauvais traitements de la part de la personne résidente.

Sources : RIC, dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, entretiens sur les politiques avec les personnes préposées aux services de soutien personnel, l'IAA, le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers, le ou la DSI et le directeur général ou la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 septembre 2025.

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^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;

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

(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.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage

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

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.