

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 24 octobre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1080-0005**Type d'inspection:**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** CVH (n<sup>o</sup> 6) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)**Foyer de soins de longue durée et ville :** Regency Long Term Care Home, Port Hope

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15 au 17 octobre 2025 et 20 au 24 octobre 2025

Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Un signalement en lien avec le suivi n<sup>o</sup> 01 de l'OC n<sup>o</sup> 001 de l'inspection n<sup>o</sup> 2025-1080-0003 aux termes du paragraphe 24 (1) de la LRSLD – dossier en lien avec l'obligation de protéger. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 8 septembre 2025.

## 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 n<sup>o</sup> 001 de l'inspection n<sup>o</sup> 2025-1080-0003 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

Gestion des médicaments

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Plan de soins

Problème de conformité n° 001 - 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**

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres de l'équipe interdisciplinaire collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions visant à gérer la douleur d'une personne résidente. L'examen des dossiers a révélé que l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé avait documenté la douleur de la personne résidente, mais rien n'indiquait qu'elle ou il avait collaboré avec l'équipe interdisciplinaire pour gérer la douleur de la personne résidente. La documentation des membres du personnel autorisé et des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) pour une certaine période indiquait que la personne résidente ressentait de la douleur. Selon la documentation des membres du personnel autorisé, à deux reprises, la douleur de la personne résidente n'a pas été gérée après l'administration d'un médicament contre la douleur. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'aucun document n'indiquait que les membres du personnel autorisé ont collaboré avec l'équipe interdisciplinaire pour discuter d'autres interventions contre la douleur et que les PSSP ne signalaient pas toujours verbalement la douleur de la personne résidente aux membres du personnel autorisé.

**Sources** : Programme de gestion de la douleur; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Plan de soins**

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

**Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD**

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on respecte le programme de soins d'une personne résidente; en effet, on a vu la personne résidente assise dans son fauteuil roulant sans deux dispositifs requis. La ou le DSI a confirmé que ces dispositifs, qui étaient requis selon le programme de soins de la personne résidente, n'ont pas été mis en place.

**Sources** : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 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.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que l'on suive le programme de prévention et de gestion des chutes afin de diminuer le nombre de chutes et le risque de blessure. Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

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

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

voir à ce qu'on mette en place un programme de prévention et de gestion des chutes et qu'on respecte celui-ci. Plus précisément, on a établi, pour les raisons suivantes, que le programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas été respecté : une personne résidente a fait une chute lorsque l'on a omis d'utiliser un dispositif mécanique, et lorsque cette personne résidente est revenue au foyer après avoir été hospitalisée, on n'a pas effectué d'évaluation postérieure à la chute.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête; politique du foyer concernant le programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program); entretiens avec des membres du personnel.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 004 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

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

**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] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

La ou le DSI ou la personne désignée donnera une formation en personne à tous les membres du personnel autorisé qui ont travaillé à deux dates données. La formation portera, au minimum, sur la routine de travail du personnel autorisé en ce qui touche la vérification des dossiers de toutes les personnes résidentes afin de voir si de nouvelles ordonnances y figurent et de vérifier les ordonnances avant d'entamer l'administration des médicaments. La formation portera également sur le processus prévu pour le bilan comparatif des médicaments et la transcription exacte des ordonnances du médecin dans le dossier électronique d'administration des médicaments. Conserver des registres de la formation ainsi offerte, y compris le contenu de la formation, le nom de la personne qui l'a donnée, les noms des personnes participantes, la date de la formation et les signatures des personnes participantes.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente reçoive ses médicaments de la manière prescrite par le médecin. Un examen du dossier électronique d'administration des médicaments a révélé que les médicaments prescrits n'y ont pas été inscrits. La ou le DSI a confirmé que plusieurs des médicaments d'une personne résidente n'ont été inscrits dans le dossier électronique d'administration des médicaments que le lendemain, et que la personne résidente n'a pas reçu les médicaments prescrits au moment où ils ont été inscrits dans le dossier, mais ne les a reçus que le lendemain. L'omission, par le personnel, de suivre la politique sur les médicaments et la routine de travail du foyer a eu des répercussions sur la personne résidente; en effet, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé n'a pas administré à la personne résidente le médicament qui lui a été prescrit pour gérer sa douleur. En outre, l'omission, par le personnel, d'administrer les médicaments prescrits à la personne résidente conformément aux instructions du médecin a posé un risque accru pour la santé de la personne résidente.

**Sources :** Politique relative aux médicaments; routines de travail des membres du personnel autorisé; dossiers cliniques de la personne résidente; dossier électronique d'administration des médicaments; notes sur l'évolution de la situation; entretiens avec des membres du personnel.

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

## AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

### 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<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

**District du Centre-Est**

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

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

- (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<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).