

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 4 octobre 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1218-0004	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> 0760444 B.C. Ltd. à titre d'associé commandité au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Riverview Manor Nursing Home, Peterborough	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 19 et 20 et du 23 au 27 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Une demande liée au suivi n° 1 d'un ordre de conformité (OC) en vertu de la disposition 4 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation.
- Une demande liée au suivi n° 2 d'un OC en vertu de la disposition 5 du

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation, avis écrit en vertu du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021), conditions du permis n° 3 et n° 4 de l'OC n° 002.

- Une demande liée au suivi n° 1 d'un OC en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Prévention et contrôle des infections.
- Une demande liée au suivi n° 1 de l'OC n° 001/2024-1218-0002, en vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Portes dans le foyer.
- Une demande liée au suivi n° 2 d'un OC en vertu de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation, avis écrit en vertu du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021), conditions du permis n° 4 de l'OC n° 003.
- Une demande liée à un incident présumé de mauvais traitement.

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1218-0002, en vertu de la disposition 4 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par une inspectrice ou un inspecteur.

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1218-0001, en vertu de la disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par une inspectrice ou un inspecteur.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1218-0002, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par une inspectrice ou un inspecteur.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1218-0001, en vertu de la disposition 8 du

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par une inspectrice ou un inspecteur.

L'inspection a établi la **NON**-conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1218-0002, en vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par une inspectrice ou un inspecteur.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Droit à la protection contre les mauvais traitements et la négligence

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 3 (1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente bénéficie du droit à la protection contre les mauvais traitements.

#### Justification et résumé

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis a soumis un incident critique au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

La politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) indiquait que chaque personne résidente avait le droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente était une personne vulnérable et qu'elle dépendait du personnel pour toutes les activités de la vie quotidienne. La documentation identifiait une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) ayant entendu la personne résidente appeler à l'aide; la PSSP et l'infirmière autorisée (IA) sont arrivées et ont trouvé la personne résidente allongée dans son lit, avec des blessures. La documentation indiquait que la personne résidente avait été blessée par une autre personne résidente. La documentation indiquait que la personne résidente avait des blessures, qu'elle se plaignait d'inconfort et qu'elle était en détresse après l'incident. La documentation indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente avait mentionné que l'autre personne résidente avait manifesté des comportements réactifs envers la personne résidente avant l'incident critique.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) du soutien comportemental, deux infirmières autorisées et le directeur des soins ont confirmé que l'altercation s'était produite et que la personne résidente avait été blessée par l'autre personne résidente. L'infirmière auxiliaire autorisée du soutien comportemental et le directeur des soins ont indiqué que ce n'était pas la première fois que l'autre personne résidente manifestait des comportements réactifs à l'égard d'autres personnes.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les personnes résidentes bénéficient du droit à la protection contre les mauvais traitements a entraîné des blessures pour la personne résidente et a posé un risque continu pour la sécurité et le bien-être de la personne résidente.

**Sources :** Examen des dossiers cliniques des personnes résidentes, enquête du titulaire de permis, incident critique, politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) et entretiens avec les IA, l'IAA responsable du soutien comportemental, le directeur des soins et l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer**

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

### **Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la condition n° 2 d'un ordre de conformité (OC), plus précisément l'OC n° 001, découlant de la demande n° 2024\_1218\_0002. L'OC a été émis en vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22. La date d'échéance de mise en conformité a été fixée au 13 septembre 2024.

En vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, toutes les

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

portes donnant sur des aires non résidentielles doivent être dotées de serrures pour restreindre l'accès non supervisé à ces aires par les personnes résidentes et être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé**

La condition no 2 de l'ordre de conformité indiquait que le titulaire de permis devait :

Concevoir et mettre en œuvre une méthode de sécurisation de toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles afin de garantir qu'il n'y a pas d'accès à ces aires lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Au cours de deux journées spécifiques, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé des portes menant à une aire non résidentielle maintenues ouvertes ou entrouvertes. Les portes étaient équipées de serrures sans clé et aucun membre du personnel n'était présent dans ces pièces.

Selon la partie 2 de la condition de l'OC, l'IAA, le gestionnaire des services environnementaux, le chef des services d'entretien, le directeur des soins et l'administratrice ont indiqué que toutes les portes menant aux aires non résidentielles devaient être fermées et verrouillées lorsque le personnel n'était pas présent.

Selon la partie 2 de la condition de l'OC, le directeur des soins et l'administratrice ont confirmé que la condition n° 2 de l'ordre n'avait pas été respectée.

Le fait de ne pas avoir respecté toutes les conditions de l'OC n° 001 a entraîné des lacunes dans les soins et les services liés à la sécurité des personnes résidentes.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Observations; examen du dossier de preuves du titulaire de permis concernant l'OC n° 001 et entretiens avec l'IAA, le gestionnaire des services environnementaux, le chef des services d'entretien, le gestionnaire des services environnementaux pour OMNI Quality Living, le directeur des soins et l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

Le titulaire de permis doit veiller à ce que, pour une personne résidente manifestant des comportements réactifs, des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour répondre à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies élaborées pour répondre aux besoins d'une personne résidente ayant des comportements réactifs soient mises en œuvre.

### **Justification et résumé**

Un incident critique a été soumis au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente était connue pour ses comportements réactifs à l'égard des autres.



**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La documentation identifiait les déclencheurs des comportements de la personne résidente et les interventions élaborées.

L'IAA du soutien comportemental et deux IA ont indiqué qu'elles connaissaient les déclencheurs potentiels des comportements manifestés par la personne résidente et ont indiqué que ces déclencheurs avaient potentiellement contribué à l'incident critique. L'IAA du soutien comportemental, deux IA et le directeur des soins ont confirmé que les interventions élaborées n'avaient pas été mises en œuvre avant et après l'incident critique.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas mis en œuvre les stratégies élaborées pour une personne résidente connue pour ses comportements réactifs a posé un risque accru pour la sécurité et le bien-être d'une personne résidente et a potentiellement contribué à l'incident critique.

**Sources :** Examen de la santé clinique de la personne résidente, incident critique, enquête du titulaire de permis et entretiens avec l'IAA du soutien comportemental, les IA et le directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant besoin d'aide au moment du service des repas soit positionnée de façon sécuritaire.

**Justification et résumé**

Au cours de l'inspection, on a observé une personne résidente, à l'heure des repas, assise dans un appareil d'aide à la mobilité dont le mécanisme de positionnement était engagé vers l'arrière, et une PSSP qui aidait la personne résidente à prendre son repas.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente dépendait du personnel pour toutes les activités de la vie quotidienne.

Le coordonnateur des soins cliniques et le directeur des soins ont confirmé que l'appareil d'aide à la mobilité de la personne résidente aurait dû être positionné correctement pendant les repas. Le coordonnateur des soins cliniques et le directeur des soins ont indiqué que l'on s'attend à ce que les personnes résidentes soient positionnées de façon sécuritaire avant et pendant les repas.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les personnes résidentes soient positionnées de façon sécuritaire pendant les repas et les collations a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** Observations et entretiens avec le coordonnateur de l'instrument d'évaluation RAI, le coordonnateur des soins cliniques et le directeur des soins.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à signaler immédiatement au service de police concerné tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la police soit immédiatement informée d'un incident soupçonné de mauvais traitements envers une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Le titulaire de permis a soumis un incident critique au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements envers une personne résidente.

Les dossiers de santé clinique de deux personnes résidentes, l'incident critique et l'enquête menée par le titulaire de permis ont été examinés. La documentation identifiait l'incident soupçonné de mauvais traitements, qui s'est produit un jour précis. La documentation indiquait que la police n'avait pas été immédiatement informée des soupçons de mauvais traitements.

Le directeur des soins a indiqué que la police aurait dû être immédiatement informée des soupçons de mauvais traitements envers la personne résidente.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir informé la police d'un incident soupçonné de mauvais traitements envers une personne résidente retarde les enquêtes potentielles de la police et a entraîné un risque pour la personne résidente et d'autres personnes.

**Sources :** Examen des dossiers cliniques des deux personnes résidentes, enquête du titulaire de permis, dossier du rapport de police, incident critique, politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et entretiens avec les IA, l'IAA responsable du soutien comportemental, le directeur des soins et l'administratrice.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le directeur des soins doit donner une nouvelle formation en personne à deux

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

infirmières autorisées sur la politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements. Consigner la date à laquelle la formation a été donnée, le nom de la personne qui l'a donnée et les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

2. Le directeur des opérations régionales doit donner une nouvelle formation en personne à l'administratrice sur la politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, plus particulièrement en ce qui concerne son rôle et ses responsabilités relativement au signalement immédiat au directeur, à l'enquête sur les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements envers une personne résidente, à la notification du mandataire spécial ou d'autres personnes, et à la notification de la police. Consigner la date à laquelle la formation a été donnée, le nom de la personne qui l'a donnée et le nom du membre du personnel qui a suivi la formation. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. Le directeur des soins doit effectuer des vérifications hebdomadaires des incidents signalés de mauvais traitements envers les personnes résidentes pendant une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes est respectée. Conserver un registre documenté de toutes les vérifications effectuées et de toutes les mesures correctives prises. La documentation doit être mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

la tolérance zéro en matière de mauvais traitements infligés à des résidents soit respectée.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été soumis au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements envers une personne résidente.

Les politiques du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et en matière de signalement des cas de mauvais traitement (*Reporting Incidents of Abuse*) stipulent que tous les employés d'OMNI doivent respecter la politique sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements. Ces politiques stipulent que :

- Toute personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente a subi des mauvais traitements est tenue par la loi de signaler immédiatement ses soupçons et les informations sur lesquelles ils reposent au directeur, à l'administrateur du foyer ou au gestionnaire de garde, ainsi qu'au directeur des opérations d'OMNI Quality Living.
- En cas d'allégation ou de plainte pour mauvais traitements envers une personne résidente, l'infirmière responsable, en consultation avec le gestionnaire de garde, doit évaluer le risque et la gravité de l'incident.
- La police doit être avisée de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente, immédiatement après le signalement de l'incident.
- La famille ou le mandataire spécial d'une personne résidente doit être contacté

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

pour l'informer de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence, immédiatement après que l'incident a été signalé, puis pour l'informer des résultats de toute enquête menée.

Le dossier de santé clinique des deux résidents a été examiné. La documentation indiquait que des cris avaient été lancés par une personne résidente et que le personnel est entré dans la chambre pour découvrir la personne résidente dans son lit, blessée. La documentation indiquait que l'autre personne résidente, qui avait été identifiée comme l'agresseur, était blessée. La personne résidente a indiqué qu'elle avait été blessée par l'autre personne résidente.

Les deux IA ont déclaré qu'il était « évident » qu'il y avait eu une altercation entre les deux personnes résidentes, en raison de l'évaluation de la chambre, et que les deux personnes résidentes étaient blessées. L'IA a déclaré avoir contacté l'administratrice, qui était le gestionnaire de garde, et lui avoir fait part de ce qu'elle avait observé, à savoir que les deux personnes résidentes étaient blessées, et l'IA a déclaré que l'administratrice lui avait répondu qu'il ne s'agissait pas d'un incident critique. Les deux IA ont expliqué qu'elles n'avaient pas signalé les soupçons de mauvais traitements au directeur, car l'administratrice leur avait donné d'autres directives à ce sujet. Les IA ont déclaré qu'elles n'avaient pas signalé les soupçons de mauvais traitements et les blessures au mandataire spécial de la personne résidente, car l'administratrice leur a dit que cela pouvait attendre au prochain quart de travail. Les IA ont indiqué qu'elles n'avaient pas signalé l'incident à la police, car l'administratrice leur a dit qu'il ne s'agissait pas d'un incident critique. Les IA ont indiqué qu'elles n'étaient pas convaincues que l'incident était un incident critique, mais qu'elles pensaient qu'elles ne pouvaient pas prendre d'autres mesures, car l'administratrice leur avait donné des directives à ce sujet. Les deux IA ont indiqué qu'elles connaissaient les politiques du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes et ont indiqué que

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

ces politiques n'avaient pas été respectées.

L'administratrice a indiqué qu'elle pensait ne pas avoir reçu d'informations adéquates sur ce qui avait été découvert lorsqu'elle avait été appelée par l'infirmière, et qu'elle n'avait donc pas soupçonné qu'une personne résidente avait subi des mauvais traitements.

Le directeur des soins a confirmé que les deux IA et l'administratrice n'avaient pas respecté la politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le personnel respecte sa politique sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes, un manquement aux devoirs du personnel et du gestionnaire et, surtout, un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** Examen des dossiers de santé clinique des personnes résidentes, incident critique, enquête du titulaire de permis, politiques du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) et en matière de signalement des cas de mauvais traitement (*Reporting Incidents of Abuse*) et entretiens avec les IA, le directeur des soins et l'administratrice.

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

6 décembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**



**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (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 :

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le directeur des soins doit revoir en personne les définitions de mauvais traitements d'ordre verbal, affectif et physique, ainsi que l'article 28 de la Loi, avec deux IA en particulier. Conserver une trace écrite de la formation donnée, y compris la date, l'heure et la signature de la personne qui a suivi la formation et de celle qui l'a donnée. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

2. Le directeur des opérations régionales doit revoir en personne avec l'administratrice les définitions de mauvais traitements d'ordre verbal, affectif et physique, ainsi que l'article 28 de la Loi. Conserver une trace écrite de la formation donnée, y compris la date, l'heure et la signature de la personne qui a suivi la

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

formation et de celle qui l'a donnée. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. Le directeur des opérations régionales doit élaborer et mettre en œuvre une politique, un plan ou une stratégie pour guider le personnel en cas de conflit entre ce dernier et les directives des gestionnaires concernant le signalement d'incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente, afin de s'assurer que les incidents sont signalés au directeur. La politique, le plan ou la stratégie doit être documenté et communiqué à l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel de l'organisme et les gestionnaires. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

4. Le directeur des opérations régionales doit effectuer des vérifications quotidiennes de tout incident signalé de mauvais traitements envers les personnes résidentes pendant une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes est respectée. Des mesures correctives doivent être prises immédiatement si des lacunes sont constatées. Les vérifications doivent être documentées et inclure la date, l'heure, le numéro de l'incident critique, le nom et la signature des vérificateurs, ainsi que toute mesure corrective prise. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur les soupçons de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, l'expression

« mauvais traitements d'ordre physique » s'entend, sous réserve du paragraphe (2), de l'usage de la force physique par une personne résidente qui cause des lésions corporelles à une autre personne résidente.

On entend par « mauvais traitements d'ordre verbal » toute forme de communication verbale de nature menaçante ou intimidante faite par une personne résidente qui amène une autre personne résidente à craindre pour sa sécurité lorsque la personne résidente qui fait la communication comprend et reconnaît les conséquences de celle-ci.

On entend par « mauvais traitements d'ordre affectif » les gestes, actions, comportements ou remarques menaçants ou intimidants d'une personne résidente qui suscitent l'inquiétude ou la peur d'une autre personne résidente, lorsque la personne résidente qui fait ces gestes, actions, comportements ou remarques en comprend et en reconnaît les conséquences.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été soumis au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements entre personnes résidentes. L'incident critique a immédiatement été signalé au directeur.

Le dossier de santé clinique des deux résidents a été examiné. La documentation indiquait que des cris avaient été lancés par une personne résidente et que le personnel est entré dans la chambre pour découvrir la personne résidente dans son lit, blessée. La documentation indiquait que l'autre personne résidente était blessée.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La documentation indiquait que la personne résidente a déclaré qu'elle avait été blessée par l'autre personne résidente.

Les deux IA ont déclaré qu'il était « évident » qu'il y avait eu une altercation entre les deux personnes résidentes, en raison de l'évaluation de la chambre de la personne résidente et des blessures subies par les deux personnes résidentes. L'IA a déclaré avoir contacté l'administratrice, qui était le gestionnaire de garde, et lui avoir fait part de ce qu'elle avait observé, à savoir que les deux personnes résidentes étaient blessées, et l'IA a déclaré que l'administratrice lui avait répondu qu'il ne s'agissait pas d'un incident critique. Les deux IA ont expliqué qu'elles n'avaient pas signalé les soupçons de mauvais traitements au directeur, car l'administratrice leur avait donné d'autres directives à ce sujet. Les IA ont indiqué qu'elles étaient conscientes de l'obligation de signaler immédiatement au directeur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements.

L'administratrice a indiqué qu'elle pensait ne pas avoir reçu d'informations adéquates sur ce qui avait été découvert lorsqu'elle avait été appelée par l'IA et qu'elle n'avait donc pas soupçonné qu'une personne résidente avait subi des mauvais traitements.

L'administratrice a confirmé que les soupçons de mauvais traitements envers une personne résidente n'avaient pas été immédiatement signalés au directeur.

Le directeur des soins a indiqué que les soupçons de mauvais traitements auraient dû être immédiatement signalés au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas immédiatement au directeur les cas de mauvais traitements allégués, soupçonnés ou observés envers une personne résidente entraîne des lacunes dans les soins et les services et retarde les

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

inspections éventuelles du ministère des Soins de longue durée.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique des personnes résidentes, incident critique, enquête du titulaire de permis et entretiens avec les IA, l'IAA responsable du soutien comportemental, le directeur des soins et l'administratrice.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
6 décembre 2024

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Avis : incidents**

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le directeur des soins donnera une formation en personne à deux IA en

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

particulier concernant l'article 104 du Règl. de l'Ont. 246/22 sur l'obligation d'aviser le mandataire spécial de la personne résidente en cas d'allégations, de soupçons ou d'observation de mauvais traitements envers une personne résidente.

2. Le directeur régional des opérations donnera une formation en personne à l'administratrice concernant l'article 104 du Règl. de l'Ont. 246/22 sur l'obligation d'aviser le mandataire spécial de la personne résidente en cas d'allégations, de soupçons ou d'observation de mauvais traitements envers une personne résidente.

3. La documentation relative à la formation pour les conditions 2 et 3, y compris la date de la formation, le nom du gestionnaire et la personne qui a donné la formation, doit être consignée, conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

4. Le directeur des soins doit communiquer à nouveau à l'ensemble du personnel infirmier autorisé et des gestionnaires la politique du titulaire du permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, en particulier en ce qui concerne l'obligation d'aviser le mandataire spécial en cas d'allégations, de soupçons ou d'observation de mauvais traitements envers une personne résidente. La communication doit être documentée, conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit immédiatement avisé des mauvais traitements soupçonnés envers une personne résidente, lesquels ont entraîné des blessures physiques, de la douleur et de la détresse chez la personne résidente.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Le titulaire de permis a soumis un incident critique au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements envers une personne infligés par une autre personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la première personne résidente a été examiné. La documentation confirmait qu'il y avait eu une altercation entre les personnes résidentes. La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme ayant des blessures, qu'elle se plaignait d'inconfort et qu'elle était en détresse. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été immédiatement informé de l'incident qui avait entraîné des blessures, un inconfort et de la détresse.

Les deux IA ont confirmé que la personne résidente était blessée, souffrait d'inconfort et était en détresse à la suite de l'incident. Les IA ont indiqué que l'administratrice leur avait demandé d'attendre le prochain quart de travail pour aviser le mandataire spécial de la personne résidente de l'incident et des blessures.

Le directeur des soins a indiqué que le mandataire spécial de la personne résidente aurait dû être informé immédiatement de l'incident.

Le fait que le titulaire du permis n'ait pas avisé immédiatement le mandataire spécial d'une personne résidente d'un incident soupçonné de mauvais traitements, lequel a entraîné des blessures, de l'inconfort et de la détresse chez une personne résidente, a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts à la personne résidente, particulièrement en ce qui a trait au programme du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, et a posé des problèmes liés à la divulgation et à la transparence, aux relations thérapeutiques en

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

matière de soins et au soutien différé apporté à la personne résidente par son mandataire spécial.

**Sources :** Examen du dossier clinique d'une personne résidente, enquête du titulaire de permis, incident critique, politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) et entretiens avec les IA, l'IAA responsable du soutien comportemental et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit immédiatement avisé des mauvais traitements soupçonnés envers une personne résidente, lesquels ont entraîné des blessures physiques, de la douleur et de la détresse chez la personne résidente.

**Justification et résumé**

Le titulaire de permis a soumis un incident critique au directeur concernant des soupçons de mauvais traitements envers une personne infligés par une autre personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation confirmait qu'il y avait eu une altercation entre les personnes résidentes. Les documents indiquaient que la personne résidente avait été évaluée comme ayant des blessures résultant de l'altercation.

La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été immédiatement informé de l'incident qui avait entraîné des blessures.



**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Les deux IA ont confirmé que la personne résidente était blessée à la suite de l'incident. Les IA ont indiqué que l'administratrice leur avait demandé d'attendre le prochain quart de travail pour aviser le mandataire spécial de la personne résidente de l'incident. Le directeur des soins a indiqué que le mandataire spécial de la personne résidente aurait dû être informé immédiatement de l'incident.

Le fait que le titulaire du permis n'ait pas avisé immédiatement le mandataire spécial d'une personne résidente d'un incident ayant entraîné des blessures a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts à une personne résidente, en particulier dans le cadre du programme du titulaire du permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, et a retardé la participation potentielle du mandataire spécial aux mesures à prendre à la suite de l'incident, ainsi que le soutien à la personne résidente, le cas échéant.

**Sources :** Examen du dossier clinique de la personne résidente, enquête du titulaire de permis, incident critique, politique du titulaire de permis sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) et entretiens avec les IA, l'IAA responsable du soutien comportemental et l'administratrice.

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

6 décembre 2024

**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 ON 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.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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 :

- 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;

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- 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).