

**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**

**Date d'émission du rapport :** 10 mars 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1710-0002

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** Lakeridge Health

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

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 19 au 21 et du 24 au 27 février 2025, ainsi que du 3 au 6 mars 2025

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : 28 février 2025

L'inspection concernait :

- Neuf demandes liées à une éclosion de maladie
- Une demande en rapport avec un incident lié à un médicament
- Quatre demandes liées à des mauvais traitements d'ordre physique
- Une demande liée à la prévention des chutes
- Une demande liée à une plainte portant sur de la négligence, des soins administrés de façon inappropriée, la sécurité et la notification d'éclosion
- Une demande liée à une plainte portant sur le programme de soins, les évaluations du médecin et la négligence
- Une demande liée à une plainte portant sur les soins aux personnes résidentes et les comportements réactifs
- Une demande liée à une plainte portant sur des ecchymoses d'origine inconnue, l'administration des médicaments et les soins liés à l'incontinence

**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

- Une demande liée au suivi n° 2 – Ordre de conformité (OC) n° 004/2024-1710-0004 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, Administration des médicaments – Date d'échéance de mise en conformité : 4 octobre 2024
- Une demande liée au suivi n° 2 – OC n° 001/2024-1710-0004 en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021), Obligation de protéger, 4 octobre 2024
- Une demande liée au suivi n° 2 – OC n° 003/2024-1710-0004 en vertu du paragraphe 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont., Service de restauration et de collation – Date d'échéance de mise en conformité : 4 octobre 2024
- Une demande liée au suivi n° 1 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, – Date d'échéance de mise en conformité : 22 janvier 2025

**Ordres de conformité délivrés antérieurement :**

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1710-0004 en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1710-0004 en vertu de la disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1710-0005 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1710-0004 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

**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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

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

Administration des médicaments

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, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 001 soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

Le directeur a reçu une plainte portant sur le fait qu'un médicament pour comportement réactif a été administré à la personne résidente n° 001 alors qu'elle n'avait affiché aucun comportement.

Le registre d'administration des médicaments de la personne résidente n° 001 indiquait que le médicament prescrit avait été administré à quatre reprises sans qu'aucun comportement réactif n'ait été manifesté.

**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 gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 103 a confirmé que le personnel avait administré le médicament susmentionné à la personne résidente sans qu'aucun comportement réactif n'ait été manifesté.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 001 et entretien avec le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 103. [742649]

### **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

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

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le foyer n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé lorsque les besoins en matière de soins de cette personne ont changé.

Une plainte a été présentée au directeur. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé des changements liés à son état de santé et à ses besoins en matière de soins. Le programme de soins de la personne résidente ne comprenait aucune révision de ses besoins en matière de soins.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et le gestionnaire responsable des soins aux 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

**AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE PROTÉGER**

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

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

Obligation de protéger

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger la personne résidente n° 008 des mauvais traitements d'ordre physique infligés par la personne résidente n° 005. L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements comme suit : a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur;

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant les mauvais traitements présumés infligés à la personne résidente n° 008 par la personne résidente n° 005 et qui ont entraîné une blessure.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 008 ont démontré que plusieurs incidents de mauvais traitements entre personnes résidentes avaient eu lieu à différentes reprises et que la personne résidente n° 008 avait été une victime dans tous les incidents.

Le directeur des soins et le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 113 ont confirmé que la personne résidente n° 008 avait été impliquée dans de multiples incidents de mauvais traitements d'ordre physique ayant entraîné une blessure.

**Sources :** Dossiers cliniques des personnes résidentes n° 005 et n° 008, entretiens avec le personnel, RIC n° 3057-000025-25. [742649]

**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 : CONDITIONS DU PERMIS

Problème de conformité n° 004 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 l'ordre de conformité (OC) n° 004 découlant de l'inspection 2024-1710-0004, notamment parce qu'un membre de la direction n'a pas procédé pendant un mois à trois vérifications hebdomadaires de l'administration des médicaments à la personne résidente n° 003 par un membre du personnel autorisé à temps partiel et occasionnel.

### **Justification et résumé**

Les éléments suivants de l'ordre de conformité ont été jugés non conformes :

2) Procéder pendant un mois à trois vérifications hebdomadaires de l'administration des médicaments par des membres du personnel autorisé à temps partiel et occasionnels. Les vérifications visent à s'assurer que le personnel infirmier autorisé effectue les contrôles appropriés lors de l'administration des médicaments. Les vérifications doivent être effectuées par un membre de l'équipe de direction.

Un membre de l'équipe de direction n'a pas procédé aux vérifications hebdomadaires de l'administration des médicaments à la personne résidente n° 003 par des membres du personnel autorisé à temps partiel et occasionnels . Trois des cinq membres du personnel autorisé visés par les vérifications étaient des employés à temps plein, et six vérifications ont été effectuées par des infirmières autorisées qui ne sont pas membres de l'équipe de direction. Les vérifications n'ont pas été réalisées comme prévu.

**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 :** Registres de vérification de l'OC, horaire des membres du personnel autorisé et entretiens avec le personnel. [644]

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA n° 001)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'avis écrit (Problème de conformité) n° 004**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 2 200 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la *Loi*.

**Historique de la conformité**

Problème antérieur de conformité au paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 : OC donné le 25 juillet 2024, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1710-0004.

Il s'agit du deuxième APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il

**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

a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

## **AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS**

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

### **Non-respect : du paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à la personne résidente n° 004 à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur en rapport avec un incident lié à des médicaments concernant la personne résidente n° 004. Selon le RIC, la personne résidente n° 004 s'est fait administrer le mauvais médicament et a dû être transférée à l'hôpital en raison d'une baisse de son niveau de conscience. Les registres d'incidents liés à des médicaments du foyer ont démontré que la personne résidente avait reçu des médicaments qui ne lui avaient pas été prescrits.

**Sources :** RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, formulaire d'incident lié à des médicaments, entretiens avec le directeur des soins n° 104 et d'autres membres du personnel. [644]

## **AVIS ÉCRIT : DOSSIERS DES RÉSIDENTS**

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



**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

**Non-respect : de l'alinéa 274 b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Dossiers des résidents

Article 274 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

b) ce dossier écrit soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier écrit de la personne résidente n° 004 soit tenu à jour en tout temps.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à la directrice concernant un incident lié à des médicaments au cours duquel la personne résidente a été transférée à l'hôpital. L'IAA n° 107 a administré les mauvais médicaments à la personne résidente n° 004. La personne résidente a été transférée à l'hôpital le 20 décembre 2024 en raison d'une baisse du niveau de conscience. Un examen des notes d'évolution électroniques de la personne résidente n° 004 a démontré que l'incident lié à des médicaments n'avait pas été documenté de façon à tenir compte de l'erreur de médication et de l'état de santé de la personne résidente à ce moment-là.

**Sources :** RIC, dossiers cliniques de la personne résidente n° 004, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la directrice des soins infirmiers n° 104 et d'autres membres du personnel. [644]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

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

**Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

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

1. Le responsable des soins de la peau et des plaies ou la personne désignée doit donner une formation en personne à l'ensemble des IAA du deuxième étage et de la section accessible aux résidents quatre ouest sur le programme de soins de la peau et des plaies du foyer, et tenir un registre documenté de la formation offerte, comprenant notamment la date, l'heure, le matériel de formation, le nom et la désignation des participants, et le nom de la personne qui a donné la formation.

2. Le responsable des soins de la peau et des plaies ou la personne désignée doit élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification deux fois par semaine pendant six semaines dans toutes les sections accessibles aux résidents afin de s'assurer que toute altération nouvelle ou existante de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, fait l'objet d'une évaluation de la peau à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

3. Les dossiers des vérifications et des formations doivent être conservés et mis à la disposition des inspectrices ou des inspecteurs sur demande.

**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

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 001 fasse l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies en raison d'une altération de l'intégrité épidermique.

**Justification et résumé**

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente n° 001 a démontré qu'une première évaluation de la peau et des plaies avait été réalisée le 31 décembre 2024; cependant, aucune autre évaluation de la peau et des plaies n'a été effectuée pour l'ecchymose au trochanter droit de la personne résidente n° 001 jusqu'à ce qu'elle soit guérie. Un entretien mené le 19 février 2025 auprès du gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 103 a confirmé qu'une évaluation hebdomadaire de la peau aurait dû être effectuée chez la personne résidente n° 001.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 008 et entretien avec le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 103 [742649].

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 008 fasse l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies en raison d'une altération de l'intégrité épidermique.

**Justification et résumé**

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente n° 008 a démontré qu'une première évaluation de la peau et des plaies avait été réalisée le 7 février 2025; cependant, aucune autre évaluation de la peau et des plaies n'a été effectuée pour l'hématome au front et la lacération au nez de la personne résidente n° 008. Un entretien avec le responsable d'étage n° 113 le 5 mars 2025 a confirmé qu'une évaluation hebdomadaire de la peau aurait dû être effectuée chez la personne résidente n° 008.

**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 :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 008 et entretien avec le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 113. [742649]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 mai 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 COMPORTEMENTS ET ALTERCATIONS**

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 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements et altercations

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

1) L'équipe de gestion des soins infirmiers ou le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) doit élaborer et mettre en œuvre un plan de sécurité pour les personnes résidentes lorsque les personnes résidentes n° 008 et n° 005 se trouvent dans les aires communes ou à proximité d'une autre personne résidente. Le plan de sécurité des personnes résidentes élaboré doit être disponible au poste de soins infirmiers et visible pour le personnel. Le plan de sécurité créé pour les personnes résidentes n° 008 et n° 005 doit être

**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

communiqué au personnel chargé des soins directs au début de chaque quart de travail.

2) Le responsable du Projet OSTC doit donner une formation en personne à la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 119 concernant l'établissement des signes d'escalade de comportements que les personnes résidentes peuvent manifester, l'examen des interventions possibles en vue d'une intervention rapide visant à promouvoir la gestion des comportements réactifs, et l'examen des attentes du foyer à l'égard de la réaction du personnel dans les situations où des personnes résidentes affichent des comportements réactifs. Le responsable du Projet OSTC doit tenir un registre écrit de la formation donnée, notamment le contenu de la formation, la date de la formation et la signature de la PSSP n° 119 attestant que celle-ci a suivi la formation.

3) Le foyer doit tenir un registre écrit de chaque élément de l'ordre et le mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur à sa demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des interventions soient mises en œuvre pour aider une personne résidente alors qu'elle manifestait des comportements réactifs afin de réduire le risque d'altercation avec une autre personne résidente à une date précise.

**Justification et résumé**

Le personnel a constaté que la personne résidente n° 005 présentait des comportements réactifs avant que ne survienne une interaction avec la personne résidente n° 012. La PSSP n° 119 a redirigé verbalement la personne résidente n° 005 à ce moment-là, mais n'a pas eu recours à d'autres interventions décrites dans le programme de soins de 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

L'interaction entre les personnes résidentes a fait en sorte que la personne résidente n° 012 a été frappée physiquement par la personne résidente n° 005, mais n'a pas été blessée.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 005 et entretiens avec la PSSP n° 119, l'IAA du Projet OSTC n° 108 et le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 113.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des interventions soient mises en place pour la personne résidente n° 015, qui affichait des comportements réactifs. Un RIC portant sur des mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes a été transmis au directeur le 9 janvier 2025.

Le dossier électronique de la personne résidente n° 015 indiquait que cette dernière manifestait un comportement réactif et exigeait qu'un membre du personnel la surveille en tout temps en raison de ce comportement réactif et d'un incident d'altercation survenu antérieurement au cours duquel aucun membre du personnel ne la surveillait en vue d'intervenir rapidement. Le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 113 a confirmé que l'incident s'était produit parce qu'aucun membre du personnel ne surveillait la personne résidente et n'était prêt à intervenir.

Le 9 janvier 2025, le foyer a exposé la personne résidente n° 008 à un risque alors qu'aucun membre du personnel n'exerçait de surveillance.

**Sources :** Dossiers cliniques des personnes résidentes n° 015 et n° 008, et entretien avec le gestionnaire responsable des soins aux personnes résidentes n° 113.  
[742649]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 mai 2025.**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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;
- 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.

**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 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).