

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié Page couverture (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 2 juillet 2025

Date d'émission du rapport initial : 9 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1157-0005 (M1)

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Tendercare Nursing Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Tendercare Living Centre, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Le problème de conformité n° 002 (avis écrit) a été modifié pour remplacer « article 7 » par « article 2 » du Règlement de l'Ontario. Le problème de conformité n° 009 (ordre de conformité n° 002) a été modifié pour remplacer le sigle « DDS » par « gestionnaire des services de diététique » dans la section des sources, sans que cela n'affecte la date d'échéance de mise en conformité. Le problème de conformité n° 010 (ordre de conformité n° 003) a été modifié pour remplacer, sous la partie 1 de la version anglaise, le sigle « ED » par « Executive Director (ED) », sans que cela n'affecte la date d'échéance de mise en conformité. Le problème de conformité n° 008 (ordre de conformité n° 001) est compris dans ce rapport, mais n'a pas été modifié. Par conséquent, la date d'échéance de mise en conformité est maintenue au 4 septembre 2025 pour chaque ordre de conformité donné le 9 juin 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 2 juillet 2025

Date d'émission du rapport initial : 9 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1157-0005 (M1)

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Tendercare Nursing Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Tendercare Living Centre, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Le problème de conformité n° 002 (avis écrit) a été modifié pour remplacer « article 7 » par « article 2 » du Règlement de l'Ontario. Le problème de conformité n° 009 (ordre de conformité n° 002) a été modifié pour remplacer le sigle « DDS » par « gestionnaire des services de diététique » dans la section des sources, sans que cela n'affecte la date d'échéance de mise en conformité. Le problème de conformité n° 010 (ordre de conformité n° 003) a été modifié pour remplacer, sous la partie 1 de la version anglaise, le sigle « ED » par « Executive Director (ED) », sans que cela n'affecte la date d'échéance de mise en conformité. Le problème de conformité n° 008 (ordre de conformité n° 001) est compris dans ce rapport, mais n'a pas été modifié. Par conséquent, la date d'échéance de mise en conformité est maintenue au 4 septembre 2025 pour chaque ordre de conformité donné le 9 juin 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 23 et du 26 au 30 mai 2025 ainsi que du 2 au 6 et le 9 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à la chute d'une personne résidente.
- Une demande liée au suivi no 1 – paragraphe 77 (2) de la *LRSLD* (2021), Directeur des soins infirmiers et des soins personnels.
- Une demande liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
- Une demande liée à de la négligence envers une personne résidente.
- Une demande liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.

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° 2025-1157-0004 en vertu du paragraphe 77 (2) de la *LRSLD* (2021)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fournisse des directives claires au personnel en ce qui concerne une intervention.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été présenté au directeur concernant la chute d'une personne résidente. Les dossiers cliniques de la personne résidente et les évaluations effectuées par un membre de l'équipe interdisciplinaire donnaient des indications quant aux interventions mises en place pour la personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente ne correspondait pas aux évaluations interdisciplinaires. Un entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a révélé que cet aspect du programme de soins n'avait pas été mis en œuvre.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes de l'enquête interne, RIC et entretiens avec une PSSP et un membre de l'équipe interdisciplinaire.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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 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 ce qu'une personne résidente ne subisse pas de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une PSSP.

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme étant 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. Il définit également les « mauvais traitements d'ordre affectif » comme des gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident. Le foyer a présenté un RIC indiquant qu'une PSSP avait été témoin de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par une autre PSSP pendant qu'elle lui prodiguait des soins. Le foyer a mené une enquête

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

interne et corroboré l'allégation, ce qui a entraîné le licenciement de la PSSP. Les notes d'enquête indiquaient que la personne résidente était étourdie, craintive et qu'elle présentait des rougeurs au visage. Les entretiens avec une PSSP et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont révélé que la PSSP impliquée dans l'incident avait continué de prodiguer des soins à la personne qui partageait la chambre de la personne résidente et qu'elle n'avait pas été immédiatement mise en congé administratif. La PSSP a également indiqué qu'elle n'était pas intervenue ni n'avait immédiatement signalé les mauvais traitements dont elle avait été témoin, reconnaissant que cela avait pu compromettre la sécurité de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, RIC, notes d'enquête du foyer, déclaration d'une PSSP et entretiens avec une PSSP et une IAA.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée, une PSSP, témoin de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par une autre PSSP, n'étant pas

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

intervenue ni n'ayant immédiatement signalé la situation. Selon la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, tout employé ayant connaissance d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente doit immédiatement signaler la situation à son supérieur hiérarchique ou au superviseur le plus haut placé en service à ce moment-là.

Les entretiens avec la PSSP et l'IAA ont révélé que la PSSP qui avait été témoin de l'incident n'était pas intervenue ni n'avait immédiatement signalé les mauvais traitements infligés à la personne résidente, la laissant seule avec la personne responsable des mauvais traitements.

Sources : Politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, notes d'enquête et entretiens avec une PSSP et une IAA.

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

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 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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement la négligence présumée envers une personne résidente. Un RIC a été présenté à une date précise, bien que le foyer ait été au courant de la négligence présumée un jour avant la date précisée. La directrice des soins a reconnu que le personnel n'avait pas informé immédiatement le directeur.

Sources : Politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, RIC, et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Bain

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 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive deux bains au cours d'une semaine.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient que cette dernière n'avait pas reçu d'aide pour le bain à certaines dates précises. Aucune documentation ne faisait état du refus de la personne résidente ou de nouvelles tentatives entreprises. L'infirmière gestionnaire a confirmé que la personne résidente devait recevoir deux bains par semaine et que, si celle-ci refusait, le personnel devait consigner le refus et les nouvelles tentatives entreprises.

Sources : Politique en matière de soins personnels (*Personal Care Policy*), RIC, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec l'infirmière gestionnaire.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

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

Non-respect : de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels d'une personne résidente soient étiquetés dans les 48 heures suivant l'admission de celle-ci.

Le directeur a été informé d'une plainte portant sur la disparition de certains effets personnels d'une personne résidente. Une PSSP a indiqué que les effets personnels

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

des personnes résidentes étaient inventoriés par le service des soins infirmiers et étiquetés par le personnel de la buanderie. La PSSP et l'infirmière gestionnaire n'ont pas pu confirmer que ce processus avait été suivi.

Sources : Processus relatifs aux vêtements personnels et au linge de maison (*Personal Clothing and Linen Processes*), RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une PSSP et une infirmière gestionnaire.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect : de l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation soit mis en œuvre, le régime alimentaire d'une personne résidente ayant été modifié sans que le diététiste professionnel (Dt.P.) ne soit consulté.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation soient mises en œuvre. Plus précisément, la politique du foyer en matière de soins alimentaires et d'hydratation indiquait que le Dt.P.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

devait interrompre les prescriptions et en rédiger de nouvelles au besoin, et que l'infirmière devait transmettre les prescriptions à la pharmacie et les consigner dans le registre d'administration des médicaments.

Les dossiers cliniques indiquaient que lorsque les prescriptions alimentaires de la personne résidente ont été modifiées, aucun renvoi vers le Dt.P. n'a été effectué, aucune évaluation n'a été réalisée par celui-ci et aucune modification n'a été apportée au registre d'administration des médicaments. L'entretien avec le Dt.P. a confirmé ces affirmations.

Sources : Politique du foyer en matière de soins alimentaires et d'hydratation, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le Dt.P.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ordre de conformité [LRSLD, 2021, alinéa 155 (1) a] :

Le titulaire de permis doit :

1. Former toutes les PSSP, les membres du personnel autorisé et du personnel d'agence qui travaillent dans deux sections accessibles aux résidents. La formation doit porter sur les risques associés aux chutes, les types de mesures de prévention des chutes proposées dans le foyer et les attentes en matière de documentation, y compris la révision des programmes de soins des personnes résidentes.
2. La directrice des soins, le physiothérapeute ou la personne désignée par la direction doit également offrir, à toutes les PSSP, aux membres du personnel autorisé et au personnel d'agence chargés d'aider une personne résidente donnée, une formation sur les interventions visant à prévenir les chutes de la personne résidente, les attentes en matière de documentation, si une intervention ne peut être mise en œuvre, et les réévaluations, si une intervention s'avère inefficace.
3. Le titulaire de permis doit conserver un dossier écrit comprenant le contenu de la formation donnée, conformément aux parties 1 et 2 du présent ordre, les dates auxquelles la formation a eu lieu, le nom des membres du personnel qui l'ont suivie, la signature des membres du personnel attestant qu'ils ont compris la formation reçue, et le nom de la personne qui en a assuré la prestation.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures de prévention des chutes prévues pour une personne résidente soient en place.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer en matière de chutes indiquait que des mesures de prévention des chutes doivent être mises en œuvre conformément au programme de soins de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

la personne résidente.

Le directeur a été informé de la chute d'une personne résidente. Les dossiers de santé cliniques de celle-ci indiquaient qu'une intervention devait être mise en œuvre. Une observation effectuée pendant l'inspection a permis de constater que la personne résidente ne bénéficiait pas de l'intervention en question. La directrice des soins a confirmé que l'on s'attend à ce que l'intervention prévue pour la personne résidente soit mise en œuvre.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'intervention de prévention des chutes prévue pour la personne résidente soit mise en œuvre a entraîné un risque accru pour la personne résidente de subir d'autres blessures.

Sources : Dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, politique du programme de prévention et de gestion des chutes, observations et entretiens avec la directrice des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en place l'intervention de prévention des chutes d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer en matière de chutes indiquait que le programme de soins d'une personne résidente devait être mis à jour et révisé au besoin.

Un RIC a été présenté concernant de la négligence envers une personne résidente. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'une intervention

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

devait être mise en œuvre. Lors d'une observation de la chambre de la personne résidente, effectuée au cours de l'inspection, rien n'indiquait que l'intervention avait été mise en œuvre. Une PSSP a confirmé que cette intervention n'avait pas été mise en œuvre pour la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les interventions de prévention des chutes prévues pour une personne résidente soient mises en œuvre a entraîné un risque accru pour la personne résidente de subir des blessures liées à des chutes.

Sources : Politique du programme de prévention et de gestion des chutes, RIC, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec l'infirmière gestionnaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 4 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 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 :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 gestionnaire des services de diététique, la directrice des soins ou la personne désignée doivent collaborer, élaborer et mettre en œuvre un plan écrit détaillant le processus visant à faire en sorte que les préposés au service d'alimentation, le personnel des loisirs, les bénévoles et les autres membres du personnel chargé d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes lorsque le système électronique du foyer n'est pas disponible.
2. Le gestionnaire des services de diététique, la directrice des soins ou la personne désignée doit offrir une formation sur le processus écrit à l'ensemble du personnel participant au service dans les salles à manger.
3. Une fois la formation terminée, le gestionnaire des services de diététique, la directrice des soins, le superviseur des services alimentaires ou la personne désignée doit effectuer deux vérifications du service dans la salle à manger sur une période de trois semaines pendant les services de repas du midi et du soir afin de s'assurer que le personnel suit le processus nouvellement révisé figurant à la partie 1 du présent ordre. Les vérifications doivent comprendre le nom de la personne qui en est chargée, la date et l'heure de leur tenue, le nom des membres du personnel qui en ont fait l'objet, le nom de deux personnes résidentes désignées pour la vérification et les prescriptions concernant leur régime alimentaire, et préciser si les prescriptions adéquates ont été fournies. Si la personne chargée des vérifications constate que le plan écrit n'est pas respecté, elle doit donner immédiatement une nouvelle formation, obtenir la signature des membres du personnel attestant qu'ils l'ont reçue et consigner la formation immédiate et les mesures correctives mises en place.
4. Conserver un dossier écrit des éléments mentionnés dans les parties 1 à 3

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

et fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation soit mis en œuvre, un processus de vérification des directives données concernant le régime alimentaire des personnes résidentes n'ayant pas été suivi.

1. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation soient mises en œuvre. Plus précisément, la politique du foyer sur le service des repas et l'expérience en salle à manger (*Meal Service and Dining Experience*) indiquait que le personnel devait consulter une liste de régimes alimentaires et une feuille de calcul sur les régimes thérapeutiques lorsqu'il préparait les repas en fonction des choix des personnes résidentes.

Un RIC a été présenté par le foyer concernant l'administration d'un traitement à une personne résidente de façon inappropriée et incompétente. Le RIC indiquait que la personne résidente avait besoin d'un type de texture d'aliments particulier et qu'elle avait plutôt reçu des aliments dont la texture était inappropriée pendant un certain nombre de jours.

Selon les notes d'enquête du foyer, la personne résidente n'a pas été évaluée pour ces modifications, et aucune modification consignée n'avait été apportée aux prescriptions relatives à son régime alimentaire. Les notes d'enquête confirment que la personne résidente n'a pas reçu la bonne texture d'aliments et que le foyer n'a pas suivi son processus de vérification des prescriptions concernant le régime alimentaire.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

En raison de la mauvaise texture des aliments de la personne résidente, une demande de consultation auprès du Dt.P. a été effectuée étant donné que la consommation d'aliments et de liquides était insuffisante.

Sources : RIC, politique du foyer sur le service des repas et l'expérience en salle à manger (*Meal Service and Dining Experience*), dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, observations, et entretiens avec le superviseur des services alimentaires, le gestionnaire des services de diététique et une PSSP.

2. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation soient mises en œuvre. Plus précisément, la politique du foyer sur le service des repas et l'expérience en salle à manger indiquait que le personnel devait consulter une liste de régimes alimentaires et une feuille de calcul sur les régimes thérapeutiques lorsqu'il prépare les repas en fonction des choix des personnes résidentes. La politique indiquait également que les repas devaient être commandés en indiquant le nom de la personne et le choix du repas.

Lors de l'observation d'un repas, trois PSSP ont demandé verbalement des repas aux aides en diététique en précisant la texture des aliments. Le superviseur des services alimentaires et une PSSP ont indiqué que le personnel était censé utiliser un appareil électronique pour proposer et sélectionner des choix de repas pour les personnes résidentes. Les renseignements sélectionnés s'affichent alors sur un écran avec les directives données concernant le régime alimentaire et les allergies des personnes résidentes. Les aides en diététique devaient ensuite vérifier les commandes et préparer les repas. Le superviseur des services alimentaires et une PSSP ont également indiqué que ce processus n'avait pas été suivi puisque l'un des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

appareils électroniques ne fonctionnait pas. Le superviseur des services alimentaires présent lors de l'observation du service des repas a confirmé qu'une PSSP avait commandé les repas selon la texture des aliments sans indiquer le nom de la personne résidente, et que les aides en diététique avaient fourni les repas conformément à la demande de la PSSP sans vérifier le nom de la personne résidente et ses prescriptions alimentaires. Le superviseur des services alimentaires a indiqué que l'on s'attendait à ce que le nom de la personne résidente et ses prescriptions alimentaires soient prononcés pour permettre aux aides en diététique de vérifier les renseignements dans un cartable contenant toutes les prescriptions alimentaires des personnes résidentes.

Le fait que les aides en diététique ne vérifient pas les prescriptions alimentaires des personnes résidentes lors du service a donné lieu à des risques de préjudice, comprenant notamment le service inapproprié d'aliments qui présentent un risque d'étouffement ou d'aspiration pour les personnes résidentes, ou d'aliments contenant des allergènes.

Sources : RIC, politique du foyer sur le service des repas et l'expérience en salle à manger (*Meal Service and Dining Experience*), observations, et entretiens avec le superviseur des services alimentaires, le gestionnaire des services de diététique et une PSSP.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 4 septembre 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Formation complémentaire
– personnel chargé des soins directs**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Paragraphe 261 (2) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :

1. Sous réserve de la disposition 2, le personnel doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi.

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 général et l'équipe de direction doivent élaborer et mettre en œuvre un plan écrit et un système qui garantissent que toutes les PSSP, les membres du personnel autorisé et du personnel d'agence reçoivent chaque année une formation sur la reconnaissance et la prévention des mauvais traitements et la gestion des comportements réactifs. Le plan écrit doit comprendre les mesures prises pour s'assurer que la formation est suivie chaque année, les dispositions prévues pour le personnel en congé et les procédures pour s'assurer que le personnel d'agence reçoit la formation requise.
2. Le directeur général et le conseiller professionnel doivent former la personne responsable de l'orientation et de la formation sur les exigences annuelles en matière de formation pour le personnel chargé des soins directs et sur le système qui a été élaboré conformément à la partie 1 du présent ordre afin de s'assurer que toutes les PSSP, les membres du personnel autorisé et du personnel d'agence reçoivent une formation annuelle. Le directeur général et le conseiller professionnel doivent conserver un dossier écrit de la formation donnée, comprenant les dates auxquelles elle a eu lieu, le nom des membres du personnel qui l'ont suivie, la signature des membres du personnel attestant qu'ils ont compris la formation

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

reçue, et le nom de la personne qui en a assuré la prestation.

3. Conserver un dossier écrit des éléments mentionnés dans les parties 1 et 2 et fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP qui fournissait des soins directs aux personnes résidentes reçoive chaque année une formation sur la reconnaissance et la prévention des mauvais traitements.

Conformément à la disposition 1 du paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel chargé des soins directs doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi, en ce qui concerne notamment la reconnaissance et la prévention des mauvais traitements. Un RIC a été présenté par le foyer concernant une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel, dont une PSSP a été témoin. Celle-ci a indiqué qu'elle n'était pas intervenue pour empêcher les mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel ni ne les avait signalés immédiatement à l'IAA. La PSSP a également indiqué qu'elle n'était pas à jour dans sa formation sur la reconnaissance et la prévention des mauvais traitements et qu'elle n'était pas certaine des procédures et des protocoles entourant le signalement des mauvais traitements. Les dossiers de formation de la PSSP indiquaient que la date de sa dernière formation ne répondait pas à l'exigence annuelle. L'absence d'intervention et de signalement immédiat des mauvais traitements dont a été témoin la PSSP a entraîné un risque de préjudice continu pour la personne résidente.

Sources : Dossiers de formation et entretien avec une PSSP.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une IAA et une infirmière autorisée (IA) reçoivent chaque année une formation supplémentaire sur la gestion des comportements réactifs.

Conformément à la disposition 1 du paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel chargé des soins directs doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi, en ce qui concerne notamment la gestion des comportements réactifs des personnes résidentes. Un incident de négligence impliquant une personne résidente a été signalé au directeur. Une IAA et une IA n'ont pas réussi à gérer les comportements réactifs d'une personne résidente à deux reprises. L'examen des dossiers de formation de l'IA a révélé que la date de sa dernière formation ne répondait pas à l'exigence annuelle. Au moment de l'inspection, le foyer n'a pas été en mesure de fournir les dossiers de formation de l'IAA. Au cours d'un entretien avec l'infirmière gestionnaire du foyer, celle-ci a indiqué que l'on s'attend à ce que la formation relative aux comportements réactifs soit fournie annuellement.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'IAA et l'IA reçoivent chaque année une formation a entraîné un risque accru lié à la gestion des comportements réactifs d'une personne résidente.

Sources : Dossiers de formation et entretien avec l'infirmière gestionnaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 4 septembre 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^e 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^e 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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- 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^e 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^e 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.