

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 26 septembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1157-0007**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Tendercare Nursing Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Tendercare Living Centre, Scarborough**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8 au 12, 15 au 19 et 22 au 26 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier concernant le premier suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec l'alinéa 79(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22
- Service de restauration et de collation. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 4 septembre 2025
- Un dossier concernant le premier suivi de l'OC n° 003 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec l'alinéa 261(2)1 du Règl. de l'Ont. 246/22 – Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 4 septembre 2025
- Un dossier concernant le premier suivi de l'OC n° 001 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec le paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Prévention et gestion des chutes. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 4 septembre 2025
- Un dossier en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Un dossier en lien avec une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente et l'exploitation du foyer
- Un dossier en lien avec une interaction entre deux personnes résidentes
- Un dossier en lien avec une blessure de cause inconnue subie par une personne résidente
- Un dossier en lien avec une plainte concernant la prévention et la gestion des chutes à l'égard d'une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec l'alinéa 261(2)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec le paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1157-0005 en lien avec l'alinéa 79(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
Soins de la peau et prévention des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Non-respect de : l'alinéa 6(4)a) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

- a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel infirmier collaborent avec l'équipe interdisciplinaire à l'évaluation de la douleur d'une personne résidente, de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent. En effet, à une date donnée, la personne résidente a déclaré ressentir de la douleur. On a demandé un examen diagnostique; toutefois, on a omis de le réaliser avant une date en particulier. Selon les dossiers cliniques de la personne résidente, celle-ci a continué à signaler sa douleur pendant la période en question, mais on a omis de l'aiguiller vers d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour qu'elle fasse l'objet d'une évaluation plus approfondie de la cause sous-jacente de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer concernant la gestion de la douleur; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

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 a omis de veiller à ce qu'on respecte la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. En effet, selon la politique du foyer concernant le programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, on doit mettre en œuvre les

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

mesures d'intervention établies visant à aider et à soutenir les personnes résidentes qui ont été victimes de mauvais traitements ou de négligence, ou qui sont présumées avoir été victimes de mauvais traitements ou de négligence, et ce, conformément à la marche à suivre pour les mesures d'intervention et de soutien des victimes présumées de mauvais traitements ou de négligence. Conformément à cette marche à suivre, il incombe à la directrice générale ou au directeur général ou encore à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI)/à la personne responsable du bien-être/à la ou au gestionnaire des incidents de veiller à ce que la personne présumée victime des mauvais traitements bénéficie d'un soutien, et ce, grâce à la réalisation d'évaluations approfondies visant à déterminer ses besoins et à examiner son bien-être physique et émotionnel. Une personne résidente a été victime d'un incident et une évaluation a été lancée. Toutefois, cette évaluation n'a pas été tout à fait achevée, puisqu'on a omis de respecter les intervalles requis. Un membre du personnel a reconnu que l'on avait omis de respecter certains des intervalles établis.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques et marches à suivre correspondantes du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes : titulaire de permis

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 26(1)c) de la LRSLD

Marche à suivre relative aux plaintes : titulaire de permis

Paragraphe 26(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de transmettre immédiatement à la directrice ou au directeur une plainte écrite que le foyer avait reçue concernant les soins fournis à une personne résidente.

En effet, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

envoyé un courriel au foyer pour s'enquérir de la chute de la personne résidente. Par la suite, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial a envoyé un courriel de suivi, dans lequel elle ou il faisait part de ses préoccupations concernant les soins fournis à la personne résidente.

Un membre du personnel a reconnu que le courriel de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial aurait dû être transmis à la directrice ou au directeur, car il contenait des préoccupations concernant les soins fournis à la personne résidente.

Sources : Courriels échangés entre la mandataire spéciale ou le mandataire spécial et le foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l’alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

Conditions du permis

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

On a omis de respecter l’OC n° 002 de l’inspection n° 2025-1157-0005, délivré le 9 juin 2025 au titre de l’alinéa 79(1)4 du Règl. de l’Ont. 246/22, dont la date d’échéance pour parvenir à la conformité était le 4 septembre 2025.

Le titulaire de permis a omis de se conformer aux éléments suivants de l’ordre :

2. La personne responsable des services de diététique, la ou le DSI ou la personne désignée doit offrir une formation sur la marche à suivre écrite à l’ensemble des membres du personnel participant au service des repas dans la salle à manger.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l’ensemble des membres du personnel participant au service des repas dans la salle à manger reçoivent une formation sur la marche à suivre écrite. En effet, un membre du personnel a reconnu qu’il y avait des lacunes dans la formation du personnel en question; il a mentionné que certains membres du personnel concernés n’avaient peut-être pas reçu la formation. En outre, les dossiers sur la formation du foyer ont permis de confirmer que certains membres du personnel participant au service des repas dans la salle à manger n’avaient pas reçu la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

formation.

Sources : Feuilles de présence du foyer pour la formation du personnel; liste des membres du personnel du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD.

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)**Lié à l'avis écrit n° 004**

En vertu de l'article 158 de la LRSLD, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, 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, la pénalité administrative est imposée pour les raisons suivantes : Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité :

Au cours des 36 derniers mois, on a délivré un ordre de conformité au titre de l'article 79(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22, dans le cadre de l'inspection n° 2025-1157-0005.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter 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 a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale



Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l’alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l’alinéa 20a) du Règl. de l’Ont. 246/22**Système de communication bilatérale**

Article 20 – Le titulaire de permis d’un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d’un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

À une date donnée, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel du foyer soit accessible pour une personne résidente. En effet, on a laissé la personne résidente dans sa chambre, sans surveillance, alors que la sonnette d’appel était hors de sa portée. Un membre du personnel a reconnu que la sonnette d’appel était inaccessible pour la personne résidente.

Sources : Démarches d’observation; dossiers cliniques d’une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l’alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l’article 40 du Règl. de l’Ont. 246/22**Techniques de transfert et de changement de position**

Article 40 – Le titulaire de permis d’un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu’ils aident les résidents.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu’un membre du personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires lorsqu’il a aidé une personne résidente.

En effet, selon les preuves fournies à l’inspectrice ou à l’inspecteur, un membre du personnel a omis de mettre en œuvre les mesures d’intervention requises pour l’appareil fonctionnel de la personne résidente. Ainsi, la personne résidente a fait une

chute et a subi des blessures.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec plusieurs membres du personnel.

2. À une date donnée, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente. En effet, le programme de soins de la personne résidente contenait des directives précises à l'égard des membres du personnel au sujet des transferts et des soins liés à l'incontinence. Un membre du personnel a signalé que les membres du personnelaidaient la personne résidente lors de transferts et lui fournissaient des soins liés à l'incontinence. Toutefois, ceux-ci ne respectaient pas les directives prévues dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 54(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'évaluation postérieure à la chute d'une personne résidente contienne des renseignements exacts et détaillés.

En effet, selon la politique du foyer concernant la prévention des chutes, une infirmière ou un infirmier devait effectuer une évaluation postérieure à la chute. L'évaluation devait comprendre un examen des événements ayant conduit à la chute, une analyse des facteurs contributifs et l'établissement de la cause fondamentale probable. Toutefois, on

a omis de respecter tous ces critères lors de l'évaluation de la personne résidente.

Sources : Politique du foyer concernant la prévention des chutes; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

Comportements réactifs

Paragraphe 58(4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations. En effet, à une date donnée, une personne résidente a adopté des comportements réactifs. Ainsi, on a mis en place un type d'évaluation en particulier afin de surveiller les comportements de la personne résidente. Toutefois, l'évaluation était incomplète, puisque l'on a omis de respecter tous les intervalles prévus dans le formulaire d'évaluation. Un membre du personnel a confirmé que l'on aurait dû remplir l'outil d'évaluation pour tous les intervalles et a reconnu que l'on avait omis de le remplir entièrement.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations. En effet, à une date donnée, une personne résidente a adopté des comportements réactifs. Ainsi, on a mené une évaluation afin de surveiller les comportements de la personne résidente. Toutefois, l'évaluation était incomplète, puisque l'on a omis de respecter tous les intervalles prévus dans le formulaire d'évaluation. Un membre du personnel a reconnu



que l'on avait mené l'évaluation auprès de la personne résidente, mais que l'on avait omis de respecter tous les échéanciers.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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 a omis de veiller au respect de sa politique écrite concernant les services de diététique.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à l'élaboration de politiques et de marches à suivre écrites ayant trait aux soins alimentaires et aux services de diététique, ainsi qu'au respect de celles-ci.

Plus précisément, les membres du personnel n'ont pas respecté la politique du foyer, puisqu'ils ont omis de confirmer l'identité des personnes résidentes avant de leur servir le repas. La personne responsable des services de diététique a déclaré que les membres du personnel ne semblent pas respecter les marches à suivre du foyer.

Sources : Démarches d'observation; politique correspondante du foyer; entretien avec la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Services de diététique

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 76d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de diététique

Article 76 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'élément services de diététique du programme de soins alimentaires et de services de diététique comprenne ce qui suit :

- d) la disponibilité de fournitures et d'équipement pour la préparation alimentaire et le service de restauration et de collation.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures et d'équipement pour le service de restauration.

En effet, lors de démarches d'observation dans une aire du foyer où habitaient des personnes résidentes, on a vu des membres du personnel ramasser des tasses et des gobelets usagés et les mettre dans un sac en plastique suspendu au milieu du couloir. Ces articles ont ensuite été transportés dans la salle à manger pendant le service du dîner pour y être nettoyés. On a également constaté que les membres du personnel ne disposaient pas d'un nombre suffisant de tasses afin de verser les boissons pour les plateaux des personnes résidentes. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que cette pratique était due à un manque de tasses et de gobelets dans le foyer.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec la personne responsable de la PCI et la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 77(1)c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer réponde aux critères suivants :

- c) il comprend un choix de boissons à tous les repas et à toutes les collations.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on offre aux personnes résidentes un choix de boissons à tous les repas.

En effet, lors de démarches d'observation dans la salle à manger, on a constaté que des boissons étaient servies aux personnes résidentes sans que l'on demande au préalable quelles étaient leurs préférences. On a également observé que les boissons avaient été versées et placées sur les tables avant l'arrivée des personnes résidentes. La personne responsable des services de diététique a confirmé que les membres du personnel ne respectaient pas la politique du foyer et que les boissons n'auraient pas dû être servies avant l'arrivée des personnes résidentes dans la salle à manger.

Sources : Démarches d'observation; examen de la politique correspondante du foyer; entretien avec la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 79(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79(2) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger et boire, avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle avait besoin.

En effet, on a vu une personne résidente assise à une table dans la salle à manger. Son repas était placé devant elle sur la table. Pendant toute la durée des démarches d'observation, on n'a vu aucun membre du personnel aider la personne résidente à manger et boire. Toutefois, selon le programme de soins de la personne résidente, un membre du personnel doit l'aider à manger et boire.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 102(8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(8) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(8).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que tous les membres du personnel participent à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

En effet, lors de démarches d'observation, on a vu des membres du personnel ramasser des tasses et des gobelets usagés après la collation du matin et les mettre dans un sac en plastique suspendu au milieu du couloir, à portée de main des personnes résidentes. La personne responsable de la PCI a reconnu que le fait de placer des tasses et des gobelets usagés dans un sac en plastique suspendu au milieu du couloir était une pratique non sécuritaire qui ne respectait pas les directives fournies aux membres du personnel, puisqu'elle présentait un risque de contamination croisée.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 108(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108(1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Lorsqu'il a reçu une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente, le titulaire de permis a omis de répondre à l'auteur de la plainte dans les 10 jours ouvrables qui ont suivi la réception de celle-ci.

En effet, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a envoyé un courriel au foyer pour s'enquérir de la chute de la personne résidente, puis a envoyé un courriel de suivi pour faire part de ses préoccupations concernant les soins fournis à cette personne.

Le foyer a envoyé son courriel de réponse à l'auteur de la plainte, lequel contenait les résultats de son enquête, sans toutefois respecter le délai de 10 jours ouvrables.

Sources : Courriels échangés entre la mandataire spéciale ou le mandataire spécial et le foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 115(3)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on avise la directrice ou le directeur de la chute d'une personne résidente, laquelle a entraîné un changement important de son état de santé.

En effet, la personne résidente a fait une chute et a subi de nombreuses blessures. En raison de cela, celle-ci a dû être transférée à l'hôpital. À son retour de l'hôpital, la personne résidente devait faire l'objet d'une surveillance additionnelle et recevoir des traitements supplémentaires en raison de ses blessures.



Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 016 – Ordre de conformité aux termes de l’alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

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

Soins de la peau et des plaies

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/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a] de la LRSLD :

1. La ou le DSI et la personne responsable des soins de la peau et des plaies désignée par intérim doivent analyser, réviser et, au besoin, modifier la politique du foyer concernant les soins de la peau et des plaies, et ce, afin de veiller à ce qu'elle reflète la marche à suivre en vigueur dans le foyer. Dans le cadre de cette révision, le foyer doit veiller à ce que la politique comprenne une marche à suivre claire et des lignes directrices cliniques à l'égard des membres du personnel autorisé, le tout s'appuyant sur les pratiques courantes fondées sur des données probantes. Il faut consigner dans un dossier les renseignements sur l'analyse et les modifications, ainsi que sur la politique et la marche à suivre révisées. Il faut également fournir le dossier à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.

2. La ou le DSI et la personne responsable des soins de la peau et des plaies désignée par intérim doivent offrir une formation à l'ensemble des membres du personnel autorisé, y compris les membres du personnel occasionnel et du personnel provenant d'une agence, qui travaillent dans l'aire du foyer où habitent des personnes résidentes mentionnée dans la première partie du présent ordre de conformité.

- a) La formation peut être offerte en personne ou en ligne.
- b) Dès qu'il reçoit cet ordre de conformité, le foyer doit rédiger une liste des membres du personnel tenus de suivre la formation, qu'il devra fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur lors de l'inspection de suivi.
- c) Le dossier concernant la formation doit comprendre : la date et le contenu de la séance de formation, les noms complets et les titres des formatrices et formateurs et des personnes participantes, de même que la confirmation que chaque participante ou participant devant suivre la formation l'a bel et bien suivie (p. ex. feuille de présence, certificat de formation, signatures numériques). Il faut conserver le dossier contenant ces renseignements et le mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur, sur demande.

3. Pendant trois semaines consécutives, la ou le DSI et la personne responsable des soins de la peau et des plaies désignée par intérim doivent effectuer des vérifications hebdomadaires auprès de toutes les personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Il s'agit de veiller à ce que les évaluations initiales et hebdomadaires de la peau soient consignées dans un dossier de manière exacte et précise, y compris, mais sans s'y limiter, les mesures, les traitements, les aiguillages vers les membres de l'équipe interdisciplinaire appropriés (le cas échéant), et l'évaluation hebdomadaire finale, si les signes d'altération de l'intégrité épidermique sont guéris ou ne posent plus problème.

- a) Dès la réception du présent ordre de conformité, il faut rédiger une liste des personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique; les vérifications porteront sur les personnes résidentes mentionnées sur cette liste.
- b) Le dossier concernant les vérifications doit comprendre les dates des vérifications, le nom et le titre de la personne qui les a effectuées, les noms des personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique, et toute mesure corrective prise lorsque l'on a omis de respecter la marche à suivre du foyer. Il faut conserver le dossier contenant ces renseignements et le mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur, sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau et à ce que les renseignements concernant



ces évaluations soient consignés avec justesse dans un dossier détaillé.

Après une chute, une personne résidente présentait plusieurs signes d'altération de l'intégrité épidermique. Toutefois, on a omis de consigner avec justesse ces blessures dans un dossier. En effet, on a omis d'indiquer l'emplacement de ces blessures et leurs mesures, ainsi que les traitements mis en œuvre (le cas échéant). En outre, on a répété une erreur concernant l'emplacement de l'un des signes d'altération de l'intégrité épidermique et les évaluations hebdomadaires de la peau pour ces blessures ne contenaient pas tous les renseignements requis. Après une date donnée, on n'a effectué aucune autre évaluation hebdomadaire de la peau, et l'on ignore si l'une des blessures était guérie à ce moment-là. Selon la politique du foyer concernant les soins de la peau et des plaies, les évaluations hebdomadaires de la peau doivent être effectuées dans leur intégralité.

Lorsque les membres du personnel ont omis d'effectuer les évaluations appropriées et de consigner dans un dossier les renseignements à ce sujet comme il se devait, cela a entraîné un risque pour le bien-être de la personne résidente.

Sources : Politique du foyer concernant les soins de la peau et des plaies; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réévalue une fois par semaine les signes constatés d'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente. En effet, on a constaté qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, lesquels ont fait l'objet d'une évaluation initiale à une date donnée. On a consigné dans un dossier les évaluations de la tête aux pieds réalisées au cours d'une période donnée; en revanche, on n'a effectué aucune réévaluation hebdomadaire par la suite. De plus, il n'y avait aucune information indiquant que les signes d'altération de l'intégrité épidermique étaient guéris ou ne posaient plus problème à ce moment-là. Un membre du personnel a reconnu qu'aucune évaluation de suivi hebdomadaire n'avait été réalisée pour les signes constatés d'altération de l'intégrité épidermique en question. Puisque l'on a omis d'effectuer des évaluations de suivi de la peau et des plaies, on a manqué l'occasion de surveiller les signes d'altération de l'intégrité épidermique, ce qui a augmenté le risque de conséquences cliniques défavorables pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec un membre du



personnel.

3. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réévalue une fois par semaine les signes constatés d'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente. En effet, on a constaté qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, lesquels ont fait l'objet d'une évaluation initiale à une date donnée. On a consigné dans un dossier les évaluations de la tête aux pieds réalisées au cours d'une période donnée; en revanche, on n'a effectué aucune réévaluation hebdomadaire par la suite. De plus, il n'y avait aucune information indiquant que les signes d'altération de l'intégrité épidermique étaient guéris ou ne posaient plus problème à ce moment-là. Un membre du personnel a reconnu qu'on avait omis de réévaluer la personne résidente chaque semaine. Puisque l'on a omis d'effectuer des évaluations de suivi de la peau et des plaies, on a manqué l'occasion de surveiller les signes d'altération de l'intégrité épidermique, ce qui a augmenté le risque de conséquences cliniques défavorables pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

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

19 décembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 017 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :

1) La personne responsable de la PCI et (ou) un membre de l'équipe de gestion

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

clinique doivent offrir une formation sur les marches à suivre du foyer pour le port d'un masque, et ce, à l'ensemble du personnel infirmier (y compris le personnel autorisé et les fournisseurs de soins de santé non réglementés) qui travaille dans l'aire concernée du foyer où habitent des personnes résidentes, tel que cela est exigé par l'établissement. Les membres du personnel doivent recevoir une formation sur l'utilisation correcte des masques, y compris les techniques de port appropriées, afin de veiller à la prévention et au contrôle efficaces des infections. Il convient également d'indiquer quand et où les masques doivent être portés, et notamment s'ils doivent être portés avant d'entrer dans une unité touchée par l'élosion d'une maladie.

2) Dès qu'il reçoit cet ordre de conformité, le foyer doit rédiger une liste des membres du personnel tenus de suivre la formation, qu'il devra fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur lors de l'inspection de suivi.

3) Les dossiers concernant la formation doivent comprendre : la date et le contenu de la séance de formation, les noms complets et les titres des formatrices et formateurs et des personnes participantes, de même que la confirmation que chaque participante ou participant devant suivre la formation l'a bel et bien suivie (p. ex. feuille de présence, certificat de formation, signatures numériques). Il faut conserver le dossier contenant ces renseignements et le mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur, sur demande.

4) La personne responsable de la PCI et (ou) la personne désignée doivent effectuer des vérifications quotidiennes pendant trois semaines consécutives, et ce, afin de veiller à ce que le personnel infirmier porte et retire correctement l'équipement de protection individuelle (EPI). Les vérifications doivent être effectuées lors des trois quarts de travail, afin que toutes les personnes résidentes à l'endroit desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires fassent partie des vérifications.

5) Dès qu'il reçoit cet ordre de conformité, le foyer doit rédiger une liste des personnes résidentes à l'endroit desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires, qu'il devra fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur lors de l'inspection de suivi.

6) Le dossier concernant les vérifications doit comprendre les formations ponctuelles offertes et les mesures correctives mises en œuvre lorsqu'un non-respect a été constaté, ainsi qu'un plan d'apprentissage pour les membres du personnel qui ont fait l'objet de plusieurs non-respects. Le dossier concernant les vérifications doit également comprendre la date et l'heure à laquelle on a effectué toute vérification, le secteur du foyer où cette dernière a eu lieu, le nom de la personne résidente concernée et le numéro de sa chambre à coucher, le nom et la signature de la personne qui a effectué la vérification, ainsi que le nom complet et le titre de poste des membres du personnel visés par la vérification. Il faut fournir ce dossier écrit à l'inspectrice ou l'inspecteur, sur



demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre la norme délivrée par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Aux termes de l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait mettre en œuvre toute norme ou tout protocole délivré par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

À l'alinéa 9.1f) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022; révisée en septembre 2023), on énonce des exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de cet équipement.

Un membre du personnel a omis de porter l'EPI requis lorsqu'il a fourni des soins à une personne résidente, alors que celle-ci était en isolement, dans son lit. Le membre du personnel et la personne responsable de la PCI ont confirmé que ce dernier aurait dû porter l'EPI requis.

L'omission de porter l'EPI requis a exposé les personnes résidentes à un risque de propagation de l'infection.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec des membres du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre la norme délivrée par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Aux termes de l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait mettre en œuvre toute norme ou tout protocole délivré par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

À l'article 6.7 de la Norme (avril 2022; révisée en septembre 2023), on indique que l'ensemble des membres du personnel, des étudiantes et étudiants, des bénévoles et des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent se



Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée

conformer à tout moment aux exigences applicables concernant le port du masque.

Lors de démarches d'observation, on a vu un membre du personnel qui ne portait pas de masque entrer dans une unité touchée par l'éclosion d'une maladie. Bien que le foyer eut mis en place des mesures de dépistage actives et des affiches claires indiquant que le port du masque était obligatoire, et ce, dans toute l'unité touchée par l'éclosion, le membre du personnel a omis de respecter la marche à suivre concernant le port du masque.

Lors de l'éclosion d'une maladie qui a touché l'ensemble de l'établissement, on a vu plusieurs membres du personnel omettre de porter un masque, ce qui était pourtant requis selon la politique du foyer.

L'utilisation incorrecte de l'EPI entraîne un risque d'aggraver la propagation d'une infection, en particulier lors d'une éclosion active.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec la personne responsable de la PCI.

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) 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 licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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



Rapport d'inspection prévu par la

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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.