

**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

**Rapport d'inspection prévu par la****Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée****District du Centre-Est**

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

**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 3 octobre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1553-0007**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** The Corporation of the County of Northumberland**Foyer de soins de longue durée et ville :** Golden Plough Lodge, Cobourg**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 23 au 26 et le 29 septembre 2025 et du 1<sup>er</sup> au 3 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Trois dossiers liés à des allégations de soins inadéquats prodigués à des personnes résidentes.
- Un dossier lié à la négligence d'une personne résidente.
- Un dossier lié à de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'encontre d'une personne résidente par une autre personne résidente.
- Un dossier lié à des substances désignées manquantes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion des médicaments

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

**RÉSULTATS DE L'INSPECTION****AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4. de la LRSLD (2021)**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Déclaration des droits des résidents**

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le droit d'une personne résidente à la protection contre les mauvais traitements a été bafoué lorsqu'une autre personne résidente a touché ses mains, passé son bras autour de ses épaules et touché ses seins. Le foyer disposait d'un agent de sécurité chargé de protéger la personne résidente des autres personnes résidentes durant une période déterminée, mais l'incident s'est produit en dehors des heures de travail de l'agent de sécurité.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, entretiens avec l'agent du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA).

**AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 18. de la LRSLD (2021)****Déclaration des droits des résidents**

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

18. Le résident a droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre une violation de son intimité, lorsque la fille de la personne résidente est arrivée pour une visite et a pu voir depuis le couloir que son parent était déshabillé(e) alors qu'il ou elle recevait des soins personnels de la part de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), qui a confirmé qu'elle avait choisi de ne pas fermer la porte de la chambre. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a décrit la nécessité de fermer complètement la porte de la chambre lorsque l'on prodigue des soins personnels à la partie inférieure du corps de la personne résidente.



**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Sources :** rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête et lettre de réponse du foyer, entretiens avec la personne résidente et le ou la DASI.

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

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel par une personne résidente envers une autre personne résidente a été signalée à l'IAA par un membre de la famille qui a été témoin de l'incident entre les personnes résidentes. L'IAA n'a pas fait part de l'incident au directeur ou à la directrice. Ce n'est que quatre jours après l'incident que l'IA a été informée de l'incident par un membre de la famille, et qu'un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice.

**Sources :** rapport d'incident critique et entretiens avec l'IAA et l'IA.

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 77 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les repas et les collations soient servis aux moments convenus par le conseil des résidents et l'administrateur ou la personne qu'il a désignée. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844-231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis aux heures convenues par le conseil des résidents et l'administrateur ou l'administratrice ou la personne qu'il ou elle a désignée, lorsqu'une personne résidente et le ou la DASI ont confirmé que les repas du soir avaient été servis à la personne résidente au moins une heure après l'heure prévue, deux soirs de suite.

**Sources :** programme de repas approuvé, lettre de réponse à la plainte, entretiens avec la personne résidente et le ou la DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits élaborés du système de gestion des médicaments afin d'assurer que l'administration de tous les médicaments utilisés dans le foyer soient respectés.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de gestion des médicaments soit respecté. En effet, à plusieurs reprises, plusieurs membres du personnel n'ont pas respecté la politique concernant la documentation des stupéfiants et des substances désignées (Documentation of Narcotics and Controlled Substances) du titulaire de permis en ne documentant pas systématiquement l'administration de stupéfiants à une personne résidente dans les registres d'administration des médicaments (MAR) et dans le registre de décompte des stupéfiants. La politique exigeait que le personnel enregistré documente immédiatement tous les médicaments administrés, refusés ou omis après l'administration sur le MAR.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossiers médicaux cliniques d'une personne

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844-231-5702

résidente, politique du foyer concernant la documentation des stupéfiants et des substances désignées (Documentation of Narcotics and Controlled Substances), et entretiens avec l'IAA et le ou la DASI.

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 123 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

- a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; et
- (b) revus et approuvés par le directeur ou la directrice des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et, le cas échéant, le directeur médical ou la directrice médicale.

En ce qui concerne la commande d'hydromorphone d'une personne résidente, il y a eu des manquements répétés à l'obligation de compléter et de cosigner les décomptes de stupéfiants. Cela a entraîné un risque de documentation inexacte et de divergences potentielles entre les médicaments. L'absence de vérification appropriée peut compromettre la sécurité des médicaments, la responsabilité et la conformité réglementaire.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossier de décompte des stupéfiants pour la personne résidente, politique concernant le décompte des stupéfiants et des médicaments désignés de CareRx (Narcotics and Controlled Medication Counts Policy), et entretiens avec l'IAA et le ou la DASI.

**AVIS ÉCRIT : Directives et ordonnances médicales : médicaments**

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 126 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Directives et ordonnances médicales : médicaments

Article 126 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

- (a) les directives ou ordonnances médicales autorisant l'administration d'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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844-231-5702

médicament à un résident sont réexaminées chaque fois que l'état du résident est évalué ou réévalué pour élaborer ou réviser son programme de soins comme l'exige l'article 6 de la Loi;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la posologie des médicaments d'une personne résidente soit revue avec le médecin après l'analyse sanguine du rapport international normalisé (RIN). L'ordonnance initiale indiquait une dose réduite pour une période donnée, mais ne contenait pas d'instructions au-delà de cette période. Le personnel infirmier n'a pas demandé d'éclaircissements ou obtenu une nouvelle ordonnance, si bien que la personne résidente n'a pas reçu ce médicament pendant dix jours.

**Sources :** dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, rapport d'incident médical et entretiens avec l'IAA, deux IAA, le ou la DASI et le médecin.

## **AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments**

Non-respect n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 139 3. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

3. Une vérification mensuelle des feuilles de dénombrement quotidien des substances désignées doit être effectuée afin de déterminer s'il existe des écarts et de s'assurer que des mesures immédiates sont prises en cas de constatation d'écarts. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 139; Règl. de l'Ont. 66/23, art. 27.

Un incident critique concernant la disparition de stupéfiants a été soumis au directeur ou à la directrice. Lors de l'inspection, il a été déterminé que les feuilles de stupéfiants n'avaient pas été examinées sur une base mensuelle. À une occasion, l'hydromorphone a été documentée à un certain volume lors d'un comptage, et plus tard documentée à zéro. À une autre date, la feuille de stupéfiants a été signée par deux IAA, indiquant qu'aucune anomalie n'avait été constatée, bien qu'une quantité importante d'hydromorphone n'ait pas été comptabilisée. Cette anomalie n'a pas été soumise à une enquête, comme l'exige la politique du foyer.



## 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

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

### District du Centre-Est

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

**Sources :** rapport d'incident critique, registre de décompte des stupéfiants, politique concernant les stupéfiants et les substances désignées (Narcotics and Controlled Substances Policy), et entretiens avec l'IAA et le ou la DASI.

## AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Non-respect n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Administration des médicaments

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit administré à une personne résidente un médicament comme il lui a été prescrit. Des médicaments, y compris des médicaments de niveau d'alerte élevé, destinés à une personne résidente ont été administrés par erreur à une autre personne résidente, ce qui a entraîné des effets indésirables chez cette dernière.

**Sources :** rapport d'incident critique, eMAR de la personne résidente, dossiers d'enquête du foyer, notes d'évolution pour une autre personne résidente, politique de CareRX sur la délivrance des médicaments (Medication Pass Policy) et entretiens avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Incidents médicamenteux et réactions indésirables aux médicaments

Non-respect n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 147 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents médicamenteux et réactions indésirables aux médicaments

Paragraphe 147 (2) En plus de l'exigence visée à la division (1) a), le titulaire de permis doit s'assurer que

b) des mesures correctives sont prises si nécessaire; et

Le titulaire de permis n'a pas pris de mesures correctives à la suite d'une erreur 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844-231-5702

médicament au cours de laquelle une personne résidente n'a pas reçu un médicament précis pendant dix jours consécutifs. La formation du personnel sur ce médicament a été terminée comme une mesure corrective à long terme, mais le ou la DASI n'a pas pu confirmer si la formation avait été mise en œuvre, ni les destinataires, ni le contenu. Les infirmiers ou les infirmières impliqué(e)s dans l'incident ont nié avoir reçu une quelconque formation en la matière.

**Sources :** rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le ou la DASI, l'IAA et l'IA.



**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

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

**District du Centre-Est**

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