

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1012-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Vigour Limited Partnership au nom de Vigour General Partner Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Rouge Community, Scarborough

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 6, 7, et du 11 au 14 août 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à une plainte concernant des comportements réactifs et des services d'entretien.
- Un dossier lié à une personne résidente manquante.

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

Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état

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

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) (a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ameublement du foyer, y compris l'évier de la chambre d'une personne résidente, dont le bois comprimé était exposé et cassé, soit toujours propre et sanitaire.

Au cours de multiples observations, à la suite d'une plainte reçue par le directeur ou la directrice, il a été constaté que le bord de l'évier de la chambre d'une personne résidente avait du bois compressé cassé, créant ainsi une surface poreuse qui n'aurait pas pu être nettoyée et désinfectée efficacement. Le directeur ou la directrice des services environnementaux du foyer a confirmé la même chose et a déclaré que le foyer prendrait des mesures pour réparer l'évier.

Sources : observations, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état

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

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ameublement du foyer, y compris l'évier de la chambre d'une personne résidente, soit réparé.

Une plainte reçue par le directeur ou la directrice indiquait que l'évier présentait des bords tranchants cassés sur le côté. Lors de multiples observations effectuées au cours de cette inspection, l'évier était dans un état similaire, ce qui présentait un risque pour la sécurité. Le directeur ou la directrice des services environnementaux a confirmé qu'il ou elle prendrait immédiatement des mesures pour faire réparer l'évier.

Sources : observations, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Respect des politiques et dossiers

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

Non-respect de : l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Respect des politiques et dossiers

Par. 11 (1) Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :
b) soient respectés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer relative au code jaune (disparition d'une personne résidente) soit respectée.

Conformément au sous-alinéa 268 (4) 1 viii. du Règl. de l'Ont. 246/22, le foyer doit disposer d'un plan d'urgence pour faire face aux situations de disparition d'une personne résidente.

Une personne résidente n'est pas rentrée à la date et à l'heure convenues de son congé. Le foyer a commencé à rechercher la personne résidente environ six heures après sa disparition et n'a pas déclenché le plan d'urgence code jaune (disparition d'une personne résidente).

Sources : rapport d'incident critique, politique du plan d'urgence du foyer sur le code jaune – disparition d'une personne résidente (Code Yellow-Missing Resident), et entretien avec le directeur général ou la directrice générale (DG)

AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de climatisation

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

Non-respect de : l'alinéa 23.1 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de climatisation

Par. 23.1 (2) Outre la période visée au paragraphe (1), le titulaire de permis veille à ce que la climatisation soit installée, opérationnelle et en bon état dans chacune des aires visées à ce paragraphe :

b) chaque fois que la température dans une aire du foyer, telle que la mesure le titulaire de permis conformément aux paragraphes 24 (2) et (3), atteint 26 degrés Celsius ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain. Article 4 du Règl. de l'Ont. 66/23

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la climatisation soit installée et opérationnelle dans les chambres des personnes résidentes, les aires communes et les aires de refroidissement lorsque la température dans ces zones, mesurée par le titulaire de permis, atteignait 26 degrés Celsius ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain.

Une plainte reçue par le directeur ou la directrice indiquait que la chambre d'une personne résidente précise semblait chaude certains jours du mois d'avril 2025. Les registres de la température ambiante du foyer pour le mois d'avril 2025 indiquaient que plusieurs aires intérieures, y compris les chambres des personnes résidentes, les aires communes et les aires de refroidissement, ont connu des températures supérieures à 26 degrés Celsius pendant plusieurs jours consécutifs. Le directeur ou la directrice des services environnementaux a confirmé qu'aucune unité de climatisation n'avait été installée au cours du mois d'avril 2025.

Sources : registres de la température ambiante pour le mois d'avril 2025, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement

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

Non-respect de : l'alinéa 23 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de refroidissement

Par. 23 (4) Chaque année, le titulaire de permis met en œuvre, entre le 15 mai et le 15 septembre, le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer. Il doit également le mettre en œuvre :

b) chaque fois que la température dans une aire du foyer, telle que la mesure le titulaire de permis conformément aux paragraphes 24 (2), (3) et (4), atteint 26 degrés Celsius ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain. Paragraphe 23 (4) du

Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur pour le foyer soit mis en œuvre lorsque les températures intérieures à divers endroits du foyer ont dépassé 26 degrés Celsius au mois d'avril 2025.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux n'a pas été en mesure de fournir des documents sur les mesures de suivi prises pour réduire les températures intérieures élevées lorsqu'il ou elle a reçu des alertes via le système de surveillance automatique de la température du foyer (Blue Rover) pendant plusieurs jours au cours du mois d'avril 2025.

Sources : plainte reçue par le directeur ou la directrice, registres de la température ambiante pour le mois d'avril 2025, protocole du foyer sur les interventions en cas de chaleur (Heat Contingency Response Protocols [ON]), et entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : l'alinéa 108 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Par. 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir un dossier documenté où figure le type de mesure prise pour régler la plainte, y compris la date de la mesure et tout suivi nécessaire, lorsqu'il a reçu une plainte verbale au sujet du fonctionnement du foyer.

L'examen du registre des plaintes du foyer concernant les préoccupations exprimées par un membre de la famille d'une personne résidente a révélé qu'il n'y avait aucun dossier documenté sur les mesures prises concernant l'évier dans la chambre de la personne résidente et la température ambiante chaude. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir des renseignements sur la température exacte de la

pièce ou sur l'entretien de l'évier. L'inspecteur ou l'inspectrice n'a reçu aucun document concernant les mesures de suivi prises lorsque le membre de la famille se plaignait toujours de la température de la pièce.

Sources : plainte auprès du directeur ou de la directrice, fiche de plainte datée du 15 avril 2025 concernant la personne résidente, entretiens avec le directeur ou la directrice des services environnementaux et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur ou la directrice, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.

Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur ou la directrice, de façon aussi détaillée que possible, qu'une personne résidente est portée disparue depuis trois heures ou plus.

La personne résidente a quitté le foyer lors d'un congé préalablement convenu à une date précise et était censée revenir dans les sept heures le même jour. La personne résidente est retournée au foyer environ douze heures après l'heure de retour prévue et n'était pas joignable pendant cette période. Le foyer n'a pas immédiatement informé le directeur ou la directrice.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DG.

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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702