

Rapport public

Date d'émission du rapport : le 9 février 2026**Numéro d'inspection** : 2026-1260-0001**Type d'inspection** :
Incident critique**Titulaire de permis** : The Royale Development GP Corporation par ses partenaires généraux au nom de The Royale Development LP**Foyer de soins de longue durée et ville** : Cedarvale Lodge Community & Retirement Living, Keswick

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 29 au 30 janvier et les 2, du 4 au 5 et le 9 février 2026.

L'inspection concernait :

- Un signalement relatif aux mauvais traitements d'une personne résidente.

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

- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droit à la protection contre les mauvais traitements et la négligence

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4. 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 :

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

Une interaction entre personnes résidentes s'est produite et une personne résidente a subi des blessures. Les membres du personnel ont confirmé que les mauvais traitements étaient fondés.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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;

Une personne résidente disposait d'instructions dans son programme de soins pour la mise en œuvre d'une mesure d'intervention, mais les membres du personnel n'ont pas été en mesure de déterminer la signification exacte de l'instruction. Les membres du personnel ont reconnu que les instructions pourraient être plus claires pour les personnes qui s'occupaient de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

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 que, si l'état ou la situation du résident l'exige, 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, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

1. Une personne résidente a fait une chute. Aucune évaluation postérieure à la chute n'a été réalisée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Les membres du personnel ont confirmé que le formulaire d'évaluation postérieur à la chute n'avait pas été rempli.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

2. Une personne résidente a fait une chute. Aucune évaluation postérieure à la chute n'a été effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Les membres du personnel ont confirmé qu'aucun outil d'évaluation postérieur à la chute n'avait été utilisé.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'une stratégie précise était nécessaire pendant une période donnée. La stratégie n'a pas été mise en œuvre comme prévu pendant la période prévue.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

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

Non-respect du : paragraphe 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Une interaction entre personnes résidentes s'est produite. Une mesure d'intervention précise a été identifiée pour une personne résidente, mais elle n'a pas été mise en œuvre conformément aux instructions.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, documents du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1 iv. du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
 - iv. les éruptions de violence,

Un incident d'une éruption de violence s'est produit. Les membres du personnel du foyer ont reconnu que la politique du foyer en matière d'éruptions de violence n'avait pas été respectée au moment de l'incident.

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

Plus précisément, la politique du foyer indique que les membres du personnel doivent faire une annonce, mais aucune n'a été faite.

Sources : formulaire d'incident, notes d'enquête interne du foyer, politique du foyer concernant les éruptions de violence et entretiens avec les membres du personnel.

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