

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1408-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Markhaven, Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Markhaven, Markham

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 au 30 janvier 2026, ainsi que 2 au 6 et 9 au 11 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 5 et 9 février 2026

L'inspection concernait :

- Trois signalements en lien avec de mauvais traitements.
- Deux signalements en lien avec de la négligence.
- Un signalement en lien avec l'éclosion d'une maladie.
- Un signalement en lien avec les services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Un signalement en lien avec des allégations concernant la mauvaise utilisation de fonds.
- Un signalement en lien avec un problème environnemental.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Des membres du personnel ont constaté un changement dans l'état de santé d'une personne résidente. Toutefois, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de cette dernière n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre de son programme de soins.

En effet, les membres du personnel ont omis d'informer la mandataire spéciale ou le mandataire spécial des changements dans l'état de santé de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, les « mauvais traitements d'ordre physique » s'entendent de « 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 ».

La ou le chef des services infirmiers cliniques a soumis un rapport d'incident critique (IC), lequel concernait des allégations de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP). On a mené une enquête au cours de laquelle on a conclu que les allégations de mauvais traitements étaient fondées. Par la suite, on a licencié les deux PSSP concernées en raison de cet incident.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une PSSP et la ou le chef des services infirmiers cliniques.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires 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 reçu plusieurs plaintes écrites de la part de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial d'une personne résidente, lesquelles concernaient les soins fournis à cette dernière. Toutefois, le titulaire de permis a omis de transmettre ces plaintes à la directrice ou au directeur. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu cette omission.

Sources : Courriel envoyé par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente; entretien avec la ou le DSI.

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

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

Non-respect de : la disposition 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.

La ou le chef des services infirmiers cliniques a soumis un rapport d'IC, lequel concernait des allégations de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par des PSSP. Toutefois, on a omis de signaler immédiatement ces incidents à la directrice ou au directeur.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une PSSP et la ou le chef des services infirmiers cliniques.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

En examinant les dossiers d'une personne résidente, on a constaté que le médecin avait évalué son état de santé et qu'il avait l'intention de lui prescrire un traitement. Toutefois, par la suite, aucun médicament ne lui a été prescrit et aucun document n'explique pourquoi dans ses dossiers.

L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) a révélé que la discussion avec le médecin concernant le programme de soins de la personne résidente s'était déroulée par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée. En outre, l'IA a indiqué que cette conversation avec le médecin aurait dû être consignée dans les dossiers médicaux de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) 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 :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Après qu'une personne résidente eut présenté un signe d'altération de l'intégrité épidermique, on a omis d'évaluer sa peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. En effet, l'IA a confirmé que l'on avait omis d'utiliser un tel outil.

Sources : Examen des dossiers de la personne résidente; politique du foyer associée au programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program); entretiens avec l'IAA et l'IA.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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.

Lorsque l'on a constaté qu'une personne résidente présentait un nouveau signe d'altération de l'intégrité épidermique, on l'a envoyée à l'hôpital aux fins d'évaluation et de soulagement de sa douleur. Toutefois, en examinant les dossiers médicaux de la personne, on a constaté qu'après son retour de l'hôpital, les membres du personnel du foyer ont omis d'entreprendre auprès d'elle les évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies qui étaient requises pour son signe d'altération de l'intégrité épidermique, ce qui était pourtant requis selon le programme de soins de la peau et des plaies du foyer.

Sources : Examen des dossiers de la personne résidente; politique du foyer associée au programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program); entretien avec l'IA.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de surveiller les réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de

la douleur et l'efficacité de ces stratégies.

Plus précisément, selon la politique du foyer en matière de gestion de la douleur (pain management policy), les membres du personnel doivent effectuer une évaluation complète de la douleur auprès de toute personne résidente qui subit un changement dans son état de santé, qui se plaint d'un tel changement, ou qui ressent une nouvelle douleur.

Une personne résidente s'est plainte d'une douleur. Ainsi, on l'a envoyée à l'hôpital et, après son retour de l'hôpital, on lui a administré des analgésiques. Toutefois, on a omis d'effectuer une évaluation complète de la douleur auprès d'elle.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer concernant l'évaluation et la gestion de la douleur (n° RSCM-G-240; Pain Assessment and Management Policy); entretien avec l'IA.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (3) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les éléments visés au paragraphe (1) sont élaborés et mis en œuvre conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'évaluation effectuée dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) est une évaluation du comportement qui sert à évaluer les personnes résidentes qui adoptent des comportements réactifs. La troisième étape du processus, soit l'analyse et la planification, doit être réalisée par un membre de l'équipe dont l'exercice de sa profession comprend l'évaluation et l'analyse (p. ex. un membre du personnel infirmier ou encore une professionnelle paramédicale ou un professionnel paramédical).

Les comportements réactifs d'une personne résidente ont conduit les membres du

personnel qui lui fournissaient des soins à lancer des évaluations dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC. Toutefois, on a constaté qu'à plusieurs reprises, la personne responsable du Projet OSTC, soit une PSSP, avait effectué la troisième étape du processus lors des évaluations effectuées auprès de cette personne résidente dans le cadre de ce système.

Sources : Évaluations de la personne résidente dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC; fiche d'information sur le système d'observation de la démence du Projet OSTC (BSO-DOS Fact Sheet); entretiens avec la personne responsable du Projet OSTC, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la personne responsable de la pratique clinique.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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.

Selon les dossiers médicaux d'une personne résidente, celle-ci adoptait des comportements réactifs. Ainsi, les membres du personnel autorisé devaient consigner, lors de chaque quart de travail, les renseignements concernant les comportements réactifs de cette personne. Toutefois, à plusieurs reprises, ils ont omis de le faire. Le foyer de soins de longue durée s'attendait à ce que les membres du personnel autorisé consignent les renseignements à ce sujet lors de chaque quart de travail, et ce, sous la forme de notes sur l'évolution de la situation, comme indiqué dans le dossier d'administration des médicaments ou le dossier d'administration des traitements.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; document sur le programme de gestion des comportements, le programme de gestion des comportements réactifs et les exigences quant à la consignation des renseignements connexes (n° RCSM-T-005;

Behaviour Management Program – Responsive Behaviours Management Program – Documentation requirements [page 7]); entretien avec la ou le DSI, en compagnie de la ou du chef des services infirmiers cliniques.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

Lors d'un incident, une personne résidente a infligé, sans raison, une blessure à une autre personne résidente. Toutefois, après cet incident, on a omis de mettre en place des mesures d'intervention pour protéger la deuxième personne résidente de la première.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes; entretiens avec la PSSP responsable du Projet OSTC et la ou le DSI, en compagnie de la ou du chef des services infirmiers cliniques.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

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

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (9).

Une personne résidente a présenté des symptômes; ainsi, on a dû l'isoler. Cependant, en examinant les dossiers cliniques de cette personne, on a constaté que l'on avait omis de consigner ses symptômes et les mesures prises pour réduire la transmission lors de chaque quart de travail.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; liste des personnes résidentes touchées par l'éclosion d'une maladie respiratoire (Resident Respiratory Outbreak Line List); entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).