

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 11 septembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1412-0004

**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 :** Woodhall Park Community, Brampton

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 3 au 5 et du 9 au 11 septembre 2025

L'inspection concernait les dossiers d'incidents critiques (IC) suivants :

- Le dossier n° 00151946, lié à la prévention et la gestion des chutes.
- Le dossier n° 00154275 lié à une éclosion

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect rectifié

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 115 (5) 2. iii du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
  - iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport d'incident critique (IC) comprenne le nom des trois membres du personnel qui sont intervenus suite à l'incident.

Le 9 septembre 2025, le rapport d'incident critique a été modifié avec les noms des membres du personnel requis.

**Sources** : un rapport d'incident critique et entretiens avec les membres du personnel.

Date de la rectification apportée : 9 septembre 2025

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 115 (5) 4. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

- 4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :
  - ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport d'incident critique comprenne les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le 9 septembre 2025, le rapport d'incident critique a été modifié pour inclure les renseignements requis.

**Sources** : rapport d'incident critique et entretien avec les membres du personnel.

Date de la rectification apportée : 9 septembre 2025

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

**Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux mesures d'intervention en matière de prévention des chutes soient fournies à une personne résidente comme indiqué dans son programme de soins.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit mettre en œuvre des stratégies visant à réduire ou à atténuer le risque de chutes. Plus précisément, la politique de prévention et gestion des chutes du foyer demandait au personnel d'utiliser les mesures d'interventions de prévention des chutes identifiées dans le programme de soins de la personne résidente.

À plusieurs reprises, deux mesures d'interventions de prévention des chutes d'une personne résidente n'ont pas été effectuées comme prévu dans son programme de soins.

**Sources** : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice des foyers de soins de longue durée, rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) 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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

**Non-respect de : l'alinéa 102 (11) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (11) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le protocole de signalement d'une épidémie soit respecté pour une épidémie respiratoire survenue dans l'une des aires du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre les protocoles de notification des épidémies de maladies infectieuses. En particulier, les politiques du foyer relatives à la gestion des épidémies contenaient des instructions précises à l'intention du personnel pour la déclaration des épidémies présumées. À une occasion, le personnel n'a pas signalé une épidémie respiratoire présumée comme il se doit.

**Sources** : rapport d'incident critique, dossiers cliniques des personnes résidentes, politique des listes des épidémies du foyer, politiques de gestion des épidémies du foyer et entretiens avec les membres du personnel.