

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1439-0006

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation, en tant que partenaire général de The Royale Development LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Silverthorn Community, Mississauga

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13, 15, 18 au 22 et 25 août 2025

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

- Dossier : n° 00151695 – IC n° 2956-000025-25 – Dossier en lien avec les services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Dossier : n° 00151819 – IC n° 2956-000028-25 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Dossier : n° 00153312 – IC n° 956-000031-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes

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

- Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la Loi

de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 28(1)1 de la LRSLD

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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe immédiatement la directrice ou le directeur lorsque la personne résidente a subi une blessure et a ressenti de la douleur après qu'un membre du personnel lui eut fourni des soins de façon inappropriée.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on consigne dans un dossier toute mesure prise à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de soins de la peau et des plaies, notamment les évaluations.

Une personne résidente a fait une chute. Lors du quart de travail suivant, un membre du personnel a remarqué qu'elle avait des ecchymoses. Le membre du personnel a indiqué qu'il avait évalué les ecchymoses, mais qu'il n'avait pas consigné les résultats de cette évaluation dans un dossier. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des

soins infirmiers a déclaré que l'on s'attendait à ce que les résultats de l'évaluation soient consignés dans un dossier au cours du quart de travail même où les ecchymoses ont été découvertes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (révisé pour la dernière fois en juillet 2024); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un membre du personnel utilise des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente à changer de position. La technique de changement de position utilisée par le membre du personnel a entraîné une blessure douloureuse chez la personne résidente. Aucun autre membre du personnel n'était présent au moment de l'incident.

Sources : Notes d'enquête; entretien avec des membres du personnel; programme de soins de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 59b) 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.

Le titulaire de permis a omis de veiller 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 deux personnes résidentes.

Avant une altercation entre deux personnes résidentes, on avait établi des éléments déclencheurs pour l'une d'entre elles. Ces éléments déclencheurs comprenaient, entre autres, les mesures d'intervention pour prévenir les chutes en vigueur pour la deuxième personne résidente et la proximité de cette dernière avec la première personne résidente. Cependant, on a omis d'établir ou de mettre en œuvre des mesures d'intervention pour gérer ces éléments déclencheurs.

Sources : Évaluation des comportements réactifs de la personne résidente et aiguillage de celle-ci; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; politique de gestion des comportements réactifs (révisée pour la dernière fois en octobre 2024); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 115(4)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(4) – S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5). Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 115(4).

Le titulaire de permis a omis d'aviser la directrice ou le directeur, dans un délai de

trois jours ouvrables, d'un incident ayant entraîné une blessure chez une personne résidente, ainsi que le transport de celle-ci à l'hôpital, alors qu'il n'était pas en mesure d'établir si la blessure avait provoqué un changement important dans l'état de santé de la personne.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; rapport du SIC; entretiens avec des membres du personnel.