

Rapport public

Date d'émission du rapport : 16 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1438-0007

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Southlake Residential Care Village

Foyer de soins de longue durée et ville : Southlake Residential Care Village,
Newmarket

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9, et les 14 et 16 octobre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : 15 octobre 2025

L'inspection concernait :

Un dossier lié au suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001 concernant les techniques de transfert et de changement de position.

Deux dossiers liés à des soins inadéquats prodigués à une personne résidente.

Un dossier concernant la blessure d'une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

L'ordre n° 001 d'une inspection précédente concernait les techniques de transfert et de changement de position.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

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 : 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 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.

L'appareil de prévention des chutes d'une personne résidente était débranché à une date précise. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) l'a immédiatement rebranché et, lors d'une observation ultérieure, il a été constaté que l'appareil était correctement branché et fonctionnait.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation d'une personne résidente après une chute contienne des renseignements exacts et complets.

La politique de prévention des chutes du foyer indique qu'une évaluation après la chute doit être réalisée par un infirmier ou une infirmière et doit inclure les conditions environnementales au moment de la chute, toutes les classes de médicaments que la personne résidente a reçues au cours des 12 heures précédant la chute, les aiguillages et le programme de soins, une analyse des facteurs contributifs et la détermination de la cause fondamentale probable, ce qui n'a pas été fait dans son intégralité pour la personne résidente.

Sources : politique du foyer concernant la prévention des chutes et la réduction des blessures (Fall Prevention and Injury Reduction) et dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

L'examen des dossiers a montré que la personne résidente n'avait pas reçu son évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies à plusieurs reprises. En outre, certaines évaluations de la peau et des plaies ont été signées par le personnel autorisé, mais n'ont pas été complétées dans l'outil Point Click Care (PCC).

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a confirmé la même chose.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (CO) n° 001 Programme de soins

Non-respect n° 004 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou un membre de l'équipe de direction du foyer, en consultation avec le directeur médical ou la directrice médicale du foyer, élabore et met en œuvre un document d'orientation ou un cheminement clinique à l'intention du personnel autorisé. Ce document doit s'appuyer sur les pratiques actuelles fondées sur des données probantes concernant l'évaluation après la chute pour les chutes avec ou sans témoin pour les personnes résidentes sous anticoagulants et la réalisation d'une évaluation de la routine de traitement des blessures à la tête.
2. Dispenser une formation à l'ensemble du personnel autorisé (y compris les infirmiers autorisés superviseurs ou les infirmières autorisées superviseures) qui a travaillé pendant une période définie dans une section précise où réside la personne résidente. Cette formation doit couvrir le contenu décrit dans la partie 1 du présent ordre de conformité (OC).
3. Dès réception de l'ordre de conformité, le foyer doit établir une liste de tous les membres du personnel tenus de suivre la formation. Cette liste doit être mise à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice lors de l'inspection de suivi.

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

4. Les documents relatifs aux séances de formation doivent inclure :

La date et l'heure de la séance;

Les noms complets et les désignations professionnelles de tous les formateurs et participants;

La confirmation que chaque membre du personnel requis a suivi la formation (par exemple, registres de présence ou signatures).

La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Une personne résidente a fait une chute sans témoin et a été soumise à un protocole de surveillance précis. Dans un premier temps, aucune blessure et aucun changement d'état n'a été constaté. Cependant, environ trois jours plus tard, l'état de la personne résidente a changé. Le médecin de garde a été contacté et a prescrit un médicament. Des renseignements essentiels, notamment la chute récente, les médicaments précis et la surveillance continue liée à la chute, n'ont pas été communiqués au médecin de garde.

L'état de la personne résidente a continué à se dégrader au cours des deux jours suivants et, après une évaluation plus poussée et une consultation avec l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne, la personne résidente a été envoyée à l'hôpital. Là-bas, la personne résidente a reçu le diagnostic d'une blessure importante qui nécessitait l'arrêt d'un médicament précis. Les entretiens avec le personnel ont confirmé par la suite que la chute et les antécédents de médication n'avaient pas été communiqués au départ au médecin, ce qui a retardé les soins appropriés.

Le manque de collaboration du personnel présentait un risque élevé lorsque la personne résidente a vu son état changer alors qu'elle était soumise à un protocole de surveillance précis à la suite d'une chute dont personne n'avait été témoin. Aucune mesure n'a été entreprise. Le médecin a appelé, mais n'a pas été informé de la chute et de l'utilisation d'un médicament précis. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital deux jours plus tard, où l'on a diagnostiqué une blessure importante, et le médicament précis a été arrêté à l'hôpital.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique, 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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 janvier 2026.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur ou à la directrice de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative (APA), l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou la directrice ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur ou la directrice prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur ou d'une inspectrice.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur ou directrice

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

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.