

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1461-0006

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Village of Glendale Crossing, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 et 15 décembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 10 et 12 décembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00156206 – Suivi de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2025-1461-0004 – Signalement en lien avec le sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins de la peau et des plaies. Date d'échéance pour parvenir à la conformité: 17 octobre 2025
- Signalement : n° 00160245 – PC-2025-0003904 – Plainte en lien avec l'exploitation du foyer
- Signalement : n° 00160301 – Incident critique n° 2979-000068-25 – Signalement en lien avec une chute ayant entraîné un changement important
- Signalement : n° 00160322 – Suivi de l'ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1461-0005 – Signalement en lien avec le paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021). Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 21 novembre 2025.
- Signalement : n° 00160745 – Incident critique n° 2979-000070-25 – Signalement en lien avec de la négligence envers une personne résidente de la part de membres du personnel
- Signalement : n° 00161312 – Incident critique n° 2979-000072-25 – Signalement en lien avec une chute ayant entraîné un changement important
- Signalement : n° 00162167 – Incident critique n° 2979-000073-25 – Signalement en lien avec des mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par une autre personne résidente et ayant entraîné des blessures.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1461-0004 en lien avec le sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1461-0005 en lien avec le paragraphe 6 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD)

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion des médicaments

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

On a placé des tapis de sol dans la chambre d'une personne résidente, mais aucune évaluation indiquant que ces tapis étaient nécessaires n'a été réalisée. Une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé qu'un membre du personnel n'avait pas suivi le processus d'aiguillage, d'évaluation et de mise en place relativement aux tapis de sol, processus nécessaire pour la planification des soins.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; démarches d'observation des personnes résidentes; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 9 décembre 2025

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 3 (1) 16 de la LRSLD

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 :

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Un examen des dossiers cliniques d'une personne résidente et des entretiens avec des membres du personnel ont révélé que le foyer ne veillait pas à ce que les ordres de traitement et le programme de soins soient clairs et précis et à ce qu'on les suive en tout temps, et que l'on n'a pas mis en place un système efficace pour répondre à un besoin donné. À une date donnée, on a omis d'administrer un traitement, ce qui a entraîné une dégradation de l'état de santé d'une personne résidente. Des entretiens avec des membres du personnel ont révélé un manque de clarté dans les responsabilités et les directives ainsi que des erreurs de documentation.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques et procédures du foyer; entretiens avec des 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 (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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

Selon la politique du foyer en matière de chutes, les membres du personnel doivent procéder à une évaluation des facteurs de risque de chute de Scott lorsque l'instrument d'évaluation des personnes résidentes indique que la personne résidente a fait une chute au cours des 30 derniers jours ou au cours des 31 à 90 derniers jours. On a omis de respecter cette politique pour une personne résidente dont la dernière évaluation des risques de chute a été réalisée il y a plus d'un an et qui a fait des chutes au cours des 6 derniers mois.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : l'alinéa 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui

suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

On a envoyé par courriel à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI) et à trois directrices adjointes ou directeurs adjoints des soins infirmiers une plainte concernant trois sujets de préoccupation. Une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers a envoyé un courriel de réponse deux semaines plus tard, s'excusant pour le retard et indiquant que l'équipe se réunirait la semaine suivante pour discuter et qu'il y aurait un suivi. Aucun document n'indique que la plainte a fait l'objet d'une enquête et qu'elle a été résolue dans la mesure du possible. La réponse n'explique pas ce que le titulaire de permis a fait pour résoudre la plainte, et elle n'indique pas si le foyer croit que la plainte est non fondée et ne comprend pas d'explication des motifs pour lesquels il le croit; en outre, il n'y a pas eu d'autre suivi avec le plaignant après la réponse initiale.

Sources : Plainte; politique concernant la marche à suivre relative aux plaintes; correspondance par courriel; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

On a envoyé par courriel à la ou au DSI et à trois directrices adjointes ou directeurs adjoints des soins infirmiers une plainte concernant trois sujets de préoccupation. La politique du foyer concernant la marche à suivre relative aux plaintes indique qu'il faut conserver dans un dossier toutes les plaintes présentées par écrit ou verbalement qui ne peuvent être résolues dans les 24 heures à l'aide du formulaire de réponse aux plaintes. Une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers a déclaré que l'on n'a pas rempli de formulaire de réponse aux plaintes.

Sources : Plainte; politique concernant la marche à suivre relative aux plaintes; correspondance par courriel; entretiens avec des membres du personnel.