

**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 6 août 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1710-0005**Type d'inspection :**  
Incident critique**Titulaire de permis :** Lakeridge Health**Foyer de soins de longue durée et ville :** Lakeridge Gardens, Ajax**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 25 et du 28 au 31 juillet et le 6 août 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 1<sup>er</sup> et 5 août 2025.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente.
- Deux dossiers liés à des allégations de soins inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Trois dossiers liés aux chutes de personnes résidentes ayant entraîné des blessures.
- Un dossier lié à la blessure d'une personne résidente ayant entraîné une hospitalisation.
- Trois dossiers liés à des allégations de mauvais traitement d'ordre physique infligés à une personne résidente.
- Un dossier lié à l'altercation physique entre personnes résidentes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
Comportements réactifs  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

(1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de prévention des chutes d'une personne résidente soient respectés. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a retiré une mesure d'intervention de prévention des chutes prévue dans le programme de soins provisoire de la personne résidente, ce qui a entraîné une chute de cette dernière et son transfert à l'hôpital.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

(2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient prodigués comme prévu. La personne résidente a été observée dans son appareil de mobilité sans qu'aucune mesure d'intervention précise n'ait été mise en place, contrairement aux directives figurant dans son programme de soins.

**Sources :** dossier clinique de la personne résidente et entretien avec une PSSP.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect de : l'alinéa 6 (10) (b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les

six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

(b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée par une personne physiothérapeute à la suite d'un changement dans son état de santé. La personne résidente a subi une chute dont personne n'a été témoin et qui a entraîné une hospitalisation. À son retour au foyer, la personne résidente a fait deux autres chutes avant qu'un aiguillage vers la physiothérapie soit fait.

Le ou la responsable des chutes et un ou une IAA ont confirmé qu'une réévaluation aurait dû avoir lieu lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital après la première chute.

**Sources** : dossiers médicaux de la personne résidente, politique en matière de prévention des chutes et entretiens avec l'IAA et le ou la responsable des chutes.

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

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 1) de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 n'a pas veillé à ce que l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée par une PSSP, qui a entraîné un transfert à l'hôpital, soit immédiatement signalée au directeur ou à la directrice.

**Sources** : rapport d'incident critique et entretien avec le ou la DSI du foyer.

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

Non-respect n° 004 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

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aspects du programme de prévention et de gestion des chutes soient mis en œuvre pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer en matière de chutes indique qu'un identificateur visuel doit être utilisé pour les personnes résidentes présentant un risque élevé de chutes.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'elle présente un risque élevé de chute et qu'elle a fait une chute qui a entraîné une blessure.

Lors de l'inspection, il a été constaté qu'aucun identifiant visuel n'était affiché à l'entrée de la chambre de la personne résidente, conformément à la politique. Le ou la responsable des chutes et une PSSP ont indiqué que la personne résidente avait besoin d'un identificateur visuel dans le cadre de la mesure d'intervention de prévention des chutes.

**Sources :** dossiers médicaux de la personne résidente, politique en matière de prévention des chutes, observations et entretiens avec la PSSP et le ou la responsable des chutes.

**AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions**

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Altercations entre les résidents et autres interactions

par. 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 n'a pas veillé à ce que des mesures d'intervention déterminées soient mises en œuvre pour réduire le risque d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre deux personnes résidentes.

Le personnel n'a pas suivi les stratégies du programme de soins provisoire individualisé pour deux personnes résidentes, conçues pour prévenir les altercations entre personnes résidentes, ce qui a entraîné une altercation physique entre les deux personnes résidentes.

**Sources :** dossiers cliniques de personnes résidentes et entretien avec la PSSP.

**AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

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

Rapports : incidents graves

Par. 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).  
Paragraphe 115 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur ou la directrice d'un incident ayant entraîné une blessure pour une personne résidente dans les trois jours ouvrables

requis.

La personne résidente a été transférée à l'hôpital à la suite d'une blessure qui a entraîné une modification importante de son état de santé. Le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes (GSR) a reconnu avoir soumis le rapport d'incident critique en retard.

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702