

## Rapport public

**Date d'émission du rapport** : 2 octobre 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1710-0007**Type d'inspection** :

Plainte

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 à la date suivante : du 24 au 29 septembre 2025 et les 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00158023 – lié à une chute.
- Le dossier : n° 00158261 – lié à des mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00158341 – plainte concernant des mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel envers une personne résidente.

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

### **Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 2. de la LRSLD (2021)**

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 :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix d'une personne résidente soient pleinement respectés et promus.

Au cours d'un quart de travail à un étage déterminés, les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n° 106 et n° 107 ont été vues sur les images de vidéosurveillance du foyer en train de transporter de façon inappropriée une personne résidente dans sa chambre, alors que cette dernière avait refusé de s'y rendre.

Un entretien et un examen des images de vidéosurveillance du foyer ont été menés avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103. Le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes a indiqué que les deux PSSP n'ont pas respecté le choix de la personne résidente de ne pas retourner dans sa chambre.

**Sources :** incident critique, examen des images de vidéosurveillance du foyer, dossier d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103.

### **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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

#### **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 du permis n'a pas veillé à ce que la PSSP n° 106 et la PSSP n° 107 utilisent une technique de transfert sécuritaire lorsqu'ils aident une personne résidente.

Selon les notes de l'enquête interne du foyer, la personne résidente n° 001 a été soulevée manuellement par le personnel sans que le personnel autorisé ne procède à une évaluation physique avant de transférer la personne résidente dans son lit lorsque cette dernière a fait une chute dont personne n'a été témoin. Le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103 a confirmé que le foyer a une politique de zéro soulèvement (Zero Lift) et que le personnel ne doit pas soulever manuellement les personnes résidentes.

**Sources :** politique sur la prévention des lésions musculo-squelettiques et de levage et de transfert en toute sécurité du foyer, révisée en août 2025, notes d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103

## **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 (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, lorsqu'une personne résidente a subi une chute causant des blessures, celle-ci soit évaluée et qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique et expressément conçu pour les chutes.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer demande au personnel autorisé de procéder à une évaluation physique après la chute, y compris une routine de traitement des blessures à la tête, de documenter la gestion des risques avec tous les renseignements pertinents et de tenir une séance après la chute. Cette documentation n'a pas été remplie pour la personne résidente qui a fait une chute sans témoin et s'est blessée lors d'un quart de travail déterminé.

**Sources :** dossiers médicaux de la personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (LTC-RES-32, révisée en octobre 2024), notes d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.
2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.
3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.
4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme d'identification et de gestion de la douleur du foyer lorsque la personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancé et n'a pas reçu d'analgésiques ou de mesures de confort lorsqu'elle s'est plainte de douleur.

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 pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique d'identification et de gestion de la douleur du foyer indique qu'une évaluation de la douleur dans les cas de démence avancé doit être effectuée pour les personnes résidentes souffrant de déficience cognitive. La politique indique également qu'il faut utiliser des interventions non pharmacologiques et évaluer l'efficacité des stratégies de contrôle de la douleur, ce qui n'a pas été le cas pour la personne résidente au cours d'un quart de travail déterminé.

**Sources :** dossiers médicaux de la personne résidente, évaluation de la gestion de la douleur du foyer et politiques de gestion de la peau et des plaies, révisées pour la dernière fois en octobre 2024, notes d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger**

Non-respect n° 005 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

### **L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1) Former le personnel du cinquième étage sur la déclaration des droits des personnes résidentes, en mettant l'accent sur ce qui suit :

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 : 2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

2) Former tout le personnel du cinquième étage sur la politique et les procédures de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes, de réponse et signalement, document LTC-ADM-21.

3) Les registres concernant la formation doivent être disponibles sur demande de l'inspecteur ou l'inspectrice du MSLD.

### **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part du personnel.

Les images de vidéosurveillance du foyer pour un étage ont été examinées avec le ou la gestionnaire des services environnementaux n° 102 et le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103.

Les images de vidéosurveillance ont révélé que les PSSP n° 106 et n° 107 transféraient de manière inappropriée la personne résidente dans sa chambre. Les images de vidéosurveillance montre la PSSP n° 107 cogner la personne résidente alors qu'elles se dirigent vers sa chambre.

L'entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103 indique que la PSSP n° 107 a infligés des mauvais traitements d'ordre physique à la personne résidente.

**Sources :** incident critique, examen des images de vidéosurveillance du foyer, dossier d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes n° 103.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
3 novembre 2025.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 169 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

**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

**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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).