

Rapport public

Date d'émission du rapport : 31 octobre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1710-0008**Type d'inspection :**
Incident critique**Titulaire de permis :** Lakeridge Health**Foyer de soins de longue durée et ville :** Lakeridge Gardens, Ajax

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 24 et du 27 au 31 octobre 2025.

Les inspections concernaient :

Les signalements liés à des mauvais traitements.

Un signalement lié à des soins inadéquats.

Un signalement lié à une éclosion.

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
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro.

Problème de conformité n° 001 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée. La politique du foyer stipule que toute personne témoin ou suspectant des mauvais traitements ou une négligence à l'égard d'une personne résidente doit immédiatement en informer la direction. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) soupçonne une autre PSSP d'avoir prodigué des soins de façon brusque à une personne résidente à une date donnée, mais l'affaire n'est signalée à la direction que quelques jours plus tard.

Sources : rapport d'incident critique, politique du foyer en matière de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes, de réponse et signalement, et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 002 - Avis écrit en vertu de la disposition 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 de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP utilise une technique de transfert sécuritaire lorsqu'elle aide une personne résidente. Conformément à la politique du foyer, un minimum de deux membres du personnel est nécessaire pour

ce type de transferts et seules les personnes formées sont autorisées à utiliser ce type d'équipement. À une date donnée, la PSSP avait transféré la personne résidente avec un employé non formé, en tant que deuxième employé.

Sources : rapport d'incident critique, politique du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

(b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies de gestion des comportements réactifs d'une personne résidente soient pleinement mises en œuvre à la date prévue.

La personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs à l'égard d'autres personnes résidentes identifiées, avec des instructions précises à mettre en œuvre par le personnel lorsqu'il prodigue des soins directs.

Un incident s'est produit entre les deux personnes résidentes, alors qu'un membre du personnel était présent pour prodiguer des soins directs.

Un entretien avec le personnel a révélé qu'il ne connaissait pas les stratégies précises qu'il devait mettre en œuvre pour gérer le comportement réactif.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, enregistrements vidéo des caméras de surveillance et 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.