

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 18 juin 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1498-0003

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Royal Canadian Legion District 'D' Care Centres

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Tony Stacey Centre for Veterans' Care, Toronto

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 2 au 6 juin, du 9 au 11 juin, le 13 juin et du 16 au 18 juin 2025.

Les inspections concernaient :

- Signalement/suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) no 003 de l'inspection no 2025-1498-0001, relatif à l'alinéa 19 (1) c) de la *LRSLD* (2021), Services d'hébergement, avec une date d'exigibilité de la conformité (DEC) fixée au 30 mai 2025.
- Signalement/suivi n° 1 – OC no 002 de l'inspection no 2025-1498-0001, relatif au paragraphe 102 (11) du Règl. de l'Ont. 246/22, Programme de prévention et de contrôle des infections, avec une DEC fixée au 11 avril 2025.
- Signalement/suivi n° 1 – OC no 001 de l'inspection no 2025-1498-0001, relatif à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Programme de prévention et de contrôle des infections, avec une DEC fixée au 11 avril 2025.
- Signalement/rapport du Système d'incidents critiques (SIC) – lié à la négligence d'une personne résidente par le personnel.
- Signalement – plainte d'un auteur de la plainte concernant les services de repas, la buanderie et la propreté du foyer de soins de longue durée (FSLD).
- Signalement/SIC – lié à un danger environnemental.
- Signalement/SIC – chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement/SIC – lié à un mauvais traitement présumé d'une personne résidente par le personnel.
- Signalement/SIC – chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement/SIC – lié à un mauvais traitement présumé d'une personne résidente par le personnel.

Les inspecteurs Dion et Ormsby (no 000914) ont assisté à cette inspection à titre d'observateurs.

### Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 003 de l'inspection no 2025-1498-0001 relatif à la disposition 19 (1) c) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection no 2025-1498-0001 relatif à la disposition 102 (11) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 001 de l'inspection no 2025-1498-0001 relatif à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect de : la disposition 5 de la LRSLD (2021).**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Art. 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes. Plus précisément, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé que la

porte de la salle de bain pour les personnes résidentes au premier étage ne se verrouillait pas correctement et restait entrouverte. À l'intérieur de la pièce se trouvaient plusieurs contenants d'objets tranchants, dont un avec des objets tranchants dépassant visiblement du dessus, ainsi que deux contenants de 4 L de nettoyant périnéal à l'aloès Encore.

Le jour suivant, l'inspectrice ou l'inspecteur a confirmé que la porte de la salle de bain pour les personnes résidentes se verrouillait correctement. La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) a confirmé que la porte avait été réparée.

**Source** : Observation et entretien avec une ou un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP). [741724]

Date de mise en œuvre de la rectification : 3 juin 2025

## **AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : la disposition 6 (1) a) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit soit élaboré pour une personne résidente, détaillant les soins qui lui étaient destinés. Plus précisément, une ou un PSSP savait quels soins prodiguer à la personne résidente, mais cette information n'a été trouvée nulle part dans les dossiers de soins de la personne résidente.

**Sources** : Programme de soins de la personne résidente, Kardex et tâches; entretiens avec une ou un PSSP et la personne résidente [762].

## **AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES**

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : la disposition 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Prévention et gestion des chutes

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 qu'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 un incident, elle soit évaluée et qu'une évaluation post-incident soit effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié et spécialement conçu pour l'incident. Une personne résidente a eu un incident à une date donnée, tel qu'indiqué dans ses dossiers cliniques, et pourtant, l'évaluation post-incident avec un instrument d'évaluation cliniquement adapté n'a pas été effectuée. Deux infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont confirmé qu'une évaluation post-incident devait être effectuée après chaque incident. Une ou un IAA et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que l'évaluation post-incident n'avait pas été effectuée à l'aide de l'outil spécialement conçu.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec une ou un IAA et la ou le DSI. [721709]

## **AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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 a négligé de réévaluer au moins une fois par semaine une personne résidente dont l'intégrité de la peau était altérée, y compris en présence d'une plaie, notamment pour une personne résidente ayant eu une altération à une date donnée. Les dossiers cliniques de la personne résidente montraient qu'aucun examen de la peau et des lésions n'avait été réalisé. Deux IAA ont confirmé que les évaluations de la peau et des plaies devaient être effectuées chaque semaine et qu'elles n'avaient pas été effectuées pour la personne résidente pendant une certaine période.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer intitulée *Programme de soins de la peau et des plaies : évaluation et planification des soins*, et entretiens avec des IAA. [721709]

2) Le titulaire de permis n'a pas garanti qu'une personne résidente souffrant d'une altération de l'intégrité de la peau, y compris une plaie, soit réévaluée au moins une fois par semaine, en particulier une personne résidente qui a subi une altération à une date donnée. Les

dossiers cliniques de la personne résidente ont révélé qu'aucune évaluation de la peau et des plaies n'avait été effectuée durant une certaine période. Deux IAA ont confirmé que les évaluations de la peau et des plaies devaient être effectuées chaque semaine et qu'elles n'avaient pas été effectuées pour la personne résidente pendant une certaine période.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 004, politique du foyer intitulée *Programme de soins de la peau et des plaies : évaluation et planification des soins*, et entretiens avec une ou un IAA. [721709]

### **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 56 (2) a)** du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, qui présentait une certaine condition, reçoive une évaluation intestinale et vésicale à l'aide d'un instrument cliniquement approprié à une date donnée.

**Sources :** Examen des dossiers cliniques et du dossier physique; politique du FSLD; entretien avec une ou un IAA [762].

### **AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 356 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Construction et rénovation de foyers

356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du foyer.
2. Les autres travaux relatifs au foyer ou à son équipement, si le fait d'effectuer ces travaux peut déranger les résidents de manière importante ou leur causer des inconvénients importants.

Le titulaire de permis n'a pas obtenu l'approbation de la directrice ou du directeur avant d'entreprendre des travaux de rénovation et des travaux qui peuvent perturber ou gêner considérablement les personnes résidentes. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas soumis de plan opérationnel à la directrice ou au directeur pour la mise à niveau du panneau d'alarme incendie et les travaux de remplacement de la toiture. Les deux travaux étaient activement en cours au moment de l'inspection et se poursuivaient sans examen ou approbation préalable de la directrice ou du directeur.

**Sources :** Observations, SIC, documents d'approbation de projet, courriels du foyer, spécialiste technique du ministère des Soins de longue durée (MSLD) et inspectrice ou inspecteur des incendies, et entretiens avec le personnel et les personnes résidentes.  
[741724]