

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 juin 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1386-0004**Type d'inspection** :

Incident critique

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville** : The Village of Taunton Mills, Whitby

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 30 mai, du 2 au 6 et le 9 juin 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00145910 – 2902-000010-25 – Un incident de chute.
- Le dossier : n° 00146878 – 2902-000012-25 – Une allégation de traitement inapproprié/inadéquat.
- Le dossier : n° 00146908 – 2902-000013-25 – Une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité 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.

Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas suivi le programme de soins provisoire d'une personne résidente, comme en témoigne le port d'un dispositif de prévention des chutes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. À une date donnée, le dispositif de prévention des chutes d'une personne résidente était manquant, ce qui signifie que la mesure d'intervention des chutes n'était pas en place.

Sources : entretien avec les membres du personnel, dossiers médicaux cliniques, notes d'enquête du foyer et rapport d'incident critique.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 respecté sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence, en particulier lorsque le personnel n'a pas signalé les allégations de soins inadéquats d'une personne résidente à la date à laquelle ils se sont produits.

Sources : notes d'enquête du foyer, politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES DE SOINS ALIMENTAIRES ET D'HYDRATATION

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

ce que les programmes comprennent ce qui suit :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation et à ce qu'ils soient respectés. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer relative à l'aiguillage vers un ou une diététiste ou le directeur ou la directrice des services diététiques (Referral to Dietician and/or Director of Dietary Services).

La politique du foyer en matière d'alimentation et d'hydratation confirme que les personnes résidentes qui n'ont pas consommé suffisamment de liquide pendant trois jours consécutifs doivent être prises en charge par l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) de nuit, qui doit examiner l'état d'hydratation et envoyer une demande d'aiguillage au diététiste.

Le programme de soins provisoire d'une personne résidente indiquait l'apport quotidien en liquide dont elle a besoin et précisait qu'elle présente un risque élevé lié à l'alimentation et à la déshydratation.

Sources : examen de la politique du foyer en matière d'hydratation, entretien avec les membres du personnel, dossiers médicaux et rapport d'incident critique.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 004 Ordonnance 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 formera l'ensemble des membres du personnel de soins directs à la prévention des mauvais traitements et de la négligence. Cette formation est indépendante de la formation annuelle du foyer.

1. Cette formation doit inclure, sans s'y limiter, la communication au sein de l'équipe concernant les aiguillages, le pourquoi, le quand et le comment d'un aiguillage (c'est-à-dire les aiguillages en matière de médicaments, de diététique et de physiothérapie).

2. Conserver les documents relatifs à la formation, notamment le nom de la personne qui a dispensé la formation, la nature de la formation, la date de la formation et le nom de la personne qui suit la formation. Mettre ces documents à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice dès qu'il ou elle en fait la demande.

Le titulaire de permis sensibilisera tous les membres du personnel de soins directs à l'importance de la collaboration au sein de l'équipe et à la nécessité d'organiser des réunions après chaque chute survenue dans le foyer.

1. La formation comprendra, sans s'y limiter, ce qui est inclus dans un bilan après la chute, l'objectif d'un bilan après la chute. Conserver des documents indiquant qui a dispensé la formation, le nom de l'employé qui y a participé et les renseignements fournis. Mettre ces documents à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice si celui-ci ou celle-ci en fait la demande.

2. Le titulaire de permis documentera tous les bilans après la chute, y compris les noms des personnes participantes, en identifiant ce qui a contribué à la chute et ce qui peut être fait différemment à l'avenir. Le titulaire de permis fournira ces documents à l'inspecteur ou à l'inspectrice sur demande.

Motifs

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

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence. Le personnel a informé le personnel agréé que le dispositif de prévention des chutes n'était pas adapté à une personne résidente. Les documents ont confirmé que la personne résidente pouvait retirer ou refuser le dispositif de prévention des chutes.

Le foyer n'a pas équipé une personne résidente d'un dispositif de prévention des chutes approprié, comme en témoigne la documentation indiquant que le dispositif de prévention des chutes était intact et se trouvait à côté de la personne résidente avant qu'elle ne heurte le sol. Lorsque la personne résidente a refusé le dispositif de prévention des chutes, d'autres mesures d'intervention n'ont pas été mises en œuvre pour assurer sa sécurité. Sept membres du personnel ont confirmé, lors d'entretiens séparés, qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur le dispositif de

prévention des chutes. Un membre du personnel a confirmé que l'ensemble du foyer n'avait pas reçu de formation sur la sélection, l'application et le suivi du dispositif de prévention des chutes.

Le personnel a confirmé que le dispositif de prévention des chutes de la personne résidente était manquant à une date précise et qu'un autre dispositif de prévention des chutes n'avait pas été fourni. Lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital, le personnel a mis le même dispositif de prévention des chutes sur la personne résidente sans vérifier si les mesures d'intervention étaient efficaces après la dernière chute.

En outre, le titulaire de permis n'a pas fait collaborer son personnel en tant qu'équipe dans le cadre des soins prodigués à la personne résidente. L'examen du programme de soins a confirmé que les aiguillages n'avaient pas été effectués lorsque la personne résidente présentait une perte de poids de plus de 10 %, une déshydratation et des bilans de médication après les multiples chutes de celle-ci. Quatre membres du personnel, lors d'entretiens distincts, ont confirmé que les bilans après la chute n'avaient pas eu lieu après la chute de la personne résidente, ce qui fait que l'on ne sait pas si la mesure d'intervention en cas de chute mise en place pour la personne résidente a été efficace. Le diagnostic médical pour lequel la personne résidente était traitée ne figurait pas dans son profil, ce qui a également contribué à l'absence de collaboration.

L'absence de protection d'une personne résidente contre la négligence a entraîné une série d'inactions qui ont conduit à la chute, aux blessures et au décès de la personne résidente.

Sources : entretien avec les membres du personnel, dossiers médicaux cliniques, notes d'enquête du foyer, politique d'hydratation du foyer, tableau de la politique de prévention des chutes du foyer et rapport d'incident critique.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 août 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent APA par ordre de conformité n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD [2021]), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11 000 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Historique de la conformité + APA en vertu du paragraphe 24 (1) pour le rapport 2024_1386_0002

Il s'agit de la seconde pénalité administrative délivrée à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Observation des
instructions du fabricant**

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Art. 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

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]] :

Ordonnance de conformité :

1.a. Le titulaire de permis doit former l'ensemble des membres du personnel de soins directs à la sélection, à l'application et à la surveillance du dispositif de prévention des chutes.

b. Une fois la formation dispensée, le titulaire de permis doit mettre en œuvre une démonstration en personne de la sélection, de l'application et de la surveillance

appropriées du dispositif de prévention des chutes. Le titulaire de permis tiendra un registre des personnes formées, de la personne et de la date auxquelles la formation a été dispensée et des corrections apportées, le cas échéant. Le titulaire de permis fournira ces renseignements à l'inspecteur ou à l'inspectrice sur demande.

- 2) a. Le titulaire de permis élaborera et mettra en œuvre un calendrier de nettoyage régulier pour maintenir le dispositif de prévention des chutes en bon état de propreté et de fonctionnement, conformément aux instructions du fabricant.
- b. Le titulaire de permis doit former le personnel chargé de nettoyer le dispositif de prévention des chutes à la procédure de nettoyage appropriée fournie par le fabricant.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les aides fonctionnelles conformément aux instructions du fabricant lors de la mise en place d'un dispositif de prévention des chutes pour une personne résidente. Plus précisément, cinq membres du personnel ont confirmé, lors d'entretiens distincts, qu'ils ne savaient pas comment sélectionner, appliquer ou maintenir le dispositif de prévention des chutes.

En conséquence, le dispositif de prévention des chutes s'est détaché de la personne résidente avant qu'elle ne touche le sol, ce qui a entraîné sa chute et son hospitalisation en raison de sa blessure.

L'examen de l'emballage de l'aide fonctionnelle indique que le personnel doit mesurer la personne résidente pour qu'elle soit parfaitement adaptée. Un membre du personnel a confirmé qu'il existe deux tailles de dispositif de prévention des chutes, un petit/moyen et un moyen/grand. Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente portait un dispositif de prévention des chutes de taille moyenne/grande, mais il n'a pas pu fournir de documentation sur les mesures de la personne résidente. Trois membres du personnel, lors d'entretiens distincts, ont également confirmé qu'il n'y avait pas de programme de nettoyage pour le dispositif de prévention des chutes.

En raison du non-respect des instructions du fabricant, le dispositif de prévention des chutes s'est détaché avant la chute d'une personne résidente, ce qui a entraîné la blessure et le décès de cette dernière.

Sources : entretien avec les membres du personnel, dossiers médicaux cliniques, examen des instructions du fabricant pour le dispositif de prévention des chutes, notes d'enquête sur les foyers et rapport d'incident critique.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre de conformité au plus tard le 29 août 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) 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 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 commercial 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 du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (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 suivant 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.

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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

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^e étage

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

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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.