

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 3 novembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1157-0008**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Tendercare Nursing Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Tendercare Living Centre, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 23, du 27 au 29 octobre 2025 et le 3 novembre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : 30 octobre 2025

Les inspections concernaient :

- une plainte liée à la nourriture.
- Deux incidents critiques liés à des chutes avec blessures sans témoin.
- Suivi du signalement n° 2 : Ordre de conformité (OC) n° 002 / 2025-1157-0005 en vertu de l'alinéa 79 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation, date limite de mise en conformité du : 4 septembre 2025, frais de réinspection : 500 \$.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1157-0005 aux termes de l'alinéa 79 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et gestion des chutes

Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne subisse pas de négligence de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Une personne résidente identifiée comme présentant un risque élevé de chute en raison de son état de santé a fait une chute alors qu'une PSSP prodiguait des soins à la personne colocataire. Les PSSP n'ont pas répondu aux appels à l'aide répétés de la personne résidente et n'ont pas utilisé la sonnette d'appel pour demander de l'aide, pensant que les autres membres du personnel étaient occupés et que la personne résidente pouvait gérer la situation de manière autonome. En conséquence, la personne résidente est tombée et a été transférée à l'hôpital, ce qui a entraîné un changement important de son état de santé.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne du foyer et entretien avec des membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 002 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

#### Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 3. de la LRSLD (2021)

Protection contre certains cas de contention

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

3. Maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 35 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne soient pas maîtrisées en raison de la configuration des lits du foyer.

Les observations ont révélé que plusieurs lits, y compris ceux de quatre personnes résidentes, étaient placés avec un côté fixé à un mur ou à une fenêtre. L'examen des programmes de soins provisoires de ces personnes résidentes n'a révélé aucune évaluation ni aucun consentement concernant la configuration du lit, qui constitue un moyen de contention. Les entretiens avec deux membres du personnel ont confirmé que les lits sont souvent placés contre les murs. Le directeur général ou la directrice générale (DG) a reconnu être conscient du problème et a admis qu'il s'agissait d'un moyen de contention. Le directeur général ou la directrice générale (DG) a cité les préférences de la famille et les pratiques culturelles comme facteurs contributifs, mais il ou elle a confirmé que le foyer avait une politique de zéro moyen de contention et un plan actif en place pour résoudre ce problème.

**Sources** : observations, dossiers cliniques de plusieurs personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 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

Paragraphe 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

**longue durée****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

d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures de prévention des chutes d'une personne résidente soient en place.

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 des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer stipule que le FSLD doit promouvoir l'utilisation des précautions universelles contre les chutes, mais aucune d'entre elles n'a été mise en œuvre pour une personne résidente.

Une personne résidente a fait une chute sans témoin alors qu'elle était laissée sans surveillance dans sa chambre en raison de son isolement. Le personnel a indiqué que la personne résidente ne bénéficiait pas d'une mesure d'intervention identifiée au moment de l'incident, bien que cette mesure d'intervention ait été incluse dans le programme de soins de la personne résidente en tant que mesure de prévention des chutes. Le personnel ne savait pas non plus si d'autres mesures d'intervention prévues dans le programme de soins provisoire avaient été effectuées.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, dossiers d'enquête interne du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION**

Conformément à l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujetti à des frais de réinspection de 500 \$ à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Les frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les soins de longue durée*.

Deuxième suivi

Les titulaires de permis ne doivent pas payer les frais de réinspection à partir d'une enveloppe de financement des soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d.

Soins infirmiers et personnels; Services des programmes et de soutien; et Aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux résidents pour payer les frais de réinspection.