

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1619-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : La Corporation du comté de Norfolk

Foyer de soins de longue durée et ville : Norview Lodge, Simcoe

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8, 9, 10 et 15 décembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 11 et 12 décembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00160371 – M624-000034-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : n° 00161330 – M624-000035-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.
- Signalement : n° 00161956 – M624-000036-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : n° 00162900 – M624-000038-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : n° 00161186 – Signalement en lien avec une plainte.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) a) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

a) il veille à ce que soit adoptée par écrit une marche à suivre conforme aux règlements relativement à la manière de porter plainte auprès de lui et à la façon dont il doit traiter les plaintes.

La famille d'une personne résidente a déposé une plainte auprès du foyer. Au cours d'un entretien, la direction du foyer a reconnu qu'elle avait omis de respecter la politique du foyer pour la gestion et le signalement des plaintes (Managing and Reporting Complaints). En effet, la direction a omis d'envoyer à l'auteur de la plainte une réponse conforme à la politique du foyer. Par la suite, la direction a envoyé, par courriel, une réponse conforme à la politique du foyer à l'auteur de la plainte.

Sources : Examen de la politique du foyer de soins de longue durée pour la gestion et le signalement des plaintes (Managing and Reporting Complaints); courriels envoyés à l'auteur de la plainte; entretien avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 10 décembre 2025

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

On a omis de protéger une personne résidente contre les mauvais traitements de la part d'une autre personne résidente. En effet, à deux dates données, des membres du personnel ont été témoins d'un incident présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Lors d'un entretien avec la direction du foyer, celle-ci a déclaré que le résultat de son enquête sur ces incidents était que, dans les deux cas, les allégations étaient fondées.

Sources : Examen du rapport d'incident critique (IC), des notes d'enquête et des dossiers cliniques du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 003 – 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.

Les membres du personnel du foyer ont omis de respecter la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (Zero Tolerance of Abuse and Neglect policy). En effet, il s'est produit, au foyer, un incident présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Selon la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (Zero Tolerance of Abuse and Neglect policy), les membres du personnel doivent soutenir les personnes résidentes qui ont été ou

auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence en prenant les mesures suivantes :

- L'administratrice ou l'administrateur ou la ou le gestionnaire doit aviser la mandataire spéciale ou le mandataire spécial/la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente de la situation, s'il y a lieu.
- Les membres du personnel autorisé doivent procéder à une évaluation de la tête aux pieds et recommander des mesures d'intervention pour résoudre tout problème constaté.
- Le médecin traitant doit procéder à une évaluation et recommander des mesures d'intervention appropriées pour résoudre tout problème constaté.
- On doit offrir/fournir des services de consultation de soutien.

Selon ce qui a été rapporté, un membre du personnel aurait vu une personne résidente infliger de mauvais traitements à une autre personne résidente. Toutefois, il a omis d'informer la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de cette personne résidente, la direction du foyer ou le médecin de la situation. En outre, on a omis d'effectuer les évaluations requises auprès de la personne résidente, de consigner l'incident et de mettre en place des mesures de soutien pour celle-ci.

Sources : Examen du rapport d'IC, de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (n° A-26; approuvée et entrée en vigueur en 1999 et révisée pour la dernière fois le 17 novembre 2025) [Policy # A-26 Zero Tolerance for Abuse and Neglect of Residents], des notes d'enquête et des dossiers cliniques du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) – Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont

fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Après un incident présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente, lequel a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente, le titulaire de permis a omis de faire immédiatement rapport à la directrice ou au directeur de ses soupçons et de communiquer les renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

Le foyer a soumis un rapport d'IC pour la catégorie « Obligation de faire rapport dans certains cas – Mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit » (category of reporting certain matters – abuse of a resident by anyone). Lors de l'enquête menée par le foyer, on a découvert qu'un membre du personnel avait vu une personne résidente infliger de mauvais traitements à une autre personne résidente. Toutefois, les membres du personnel ont omis de signaler cet incident à la direction du foyer ou à la directrice ou au directeur.

Sources : Examen du rapport d'IC, des notes d'enquête et des dossiers cliniques du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Selon la politique de prévention des chutes du foyer (Falls Prevention policy), après la chute d'une personne résidente, les membres du personnel doivent examiner son

risque de chute actuel, selon la dernière évaluation du risque de chute de Morse, et procéder à une évaluation complète de la douleur auprès de celle-ci.

Après qu'une personne résidente eut fait une chute sans témoin et eut été transférée à l'hôpital, les membres du personnel ont omis d'effectuer une évaluation du risque de chute de Morse ou une évaluation de la douleur auprès de cette personne après sa chute et à son retour de l'hôpital.

Sources : Dossiers cliniques; politique du foyer pour le programme de prévention et de gestion des chutes (Fall Prevention and Management Program), plus précisément en ce qui concerne l'évaluation du risque de chute, l'évaluation postérieure à la chute et la gestion des chutes (Fall and Post Fall Assessment and Management); entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Conformément au sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que chaque personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique fasse l'objet d'une évaluation hebdomadaire au moyen de l'application de soins de la peau et des plaies (skin and wound app).

Selon la politique du foyer pour le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program policy), les personnes résidentes ayant des ecchymoses et des lacérations doivent faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire au moyen de

l'application de soins de la peau et des plaies (skin and wound app).

Après qu'une personne résidente eut fait une chute sans témoin, laquelle a causé des signes d'altération de l'intégrité épidermique, on a omis d'effectuer une évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies auprès de celle-ci.

Sources : Dossiers cliniques; politique du foyer pour le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program policy); entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Vêtements et objets perdus

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 95 (1) a) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) – Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre qui garantissent ce qui suit sont élaborées et mises en œuvre :
(iv) un processus permettant de signaler et de retrouver les vêtements et objets personnels perdus des résidents est prévu.

Après que l'on eut signalé que les effets personnels d'une personne résidente étaient manquants, le foyer a omis de respecter sa politique sur les vêtements et les objets perdus (policy « Lost Clothing/Items »). En effet, on a omis d'ajouter les articles perdus à la liste des objets perdus dans la buanderie du secteur du foyer concerné et de faire un suivi auprès de l'auteur de la plainte selon le délai établi dans la politique du foyer.

Sources : Examen de la politique du foyer sur les vêtements et les objets perdus (policy « Lost Clothing/Items ») et d'autres dossiers internes; entretien avec des membres du personnel.

