

Rapport public

Date d'émission du rapport : 26 juin 2025
Numéro d'inspection : 2025-1012-0003
Type d'inspection : Plainte Suivi
Titulaire de permis : Vigour Limited Partnership, au nom de Vigour General Partner Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Rouge Community, Scarborough

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 18 au 26 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Suivi n° 1 – Ordre de conformité no 004 signifié aux termes de l'alinéa 59b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Altercations entre les résidents et autres interactions – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 12 juin 2025.
- Suivi n° 1 – Ordre de conformité n° 003 signifié aux termes du paragraphe 24(1) de la LRSLD, Obligation de protéger – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 12 juin 2025
- Plainte en lien avec des soins fournis de manière inappropriée à une personne résidente.

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° 2025-1012-0001 en lien avec l'alinéa 59b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1012-0001 en lien avec le paragraphe 24(1) de la LRSLD

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

Gestion des médicaments

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 59a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations.

Aucune mesure n'a été prise pour minimiser le risque d'interactions potentiellement dangereuses, y compris la détermination des facteurs contributifs en fonction des observations des membres du personnel. Les dossiers cliniques indiquent que l'on a donné à plusieurs reprises à une personne résidente de nouvelles interventions pharmacologiques pour l'aider à gérer ses comportements réactifs.

Toutefois, on n'a pas eu recours au système d'observation de la démence dans ces cas. Aux dates où l'on a eu recours au système d'observation de la démence pour surveiller les comportements réactifs, l'évaluation n'a pas été effectuée dans son intégralité et les données recueillies n'ont pas fait l'objet d'une analyse ou d'une évaluation documentée.

Selon un membre du personnel, il aurait fallu avoir recours au système d'observation de la démence pour chaque intervention pharmacologique. Le membre du personnel a

également indiqué qu'une évaluation aurait dû être effectuée et qu'une analyse documentée aurait dû être disponible.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; politique du foyer en matière de gestion des comportements réactifs; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 115(3)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la directrice ou le directeur soit informé(e) d'un incident qui a causé à une personne résidente une blessure entraînant une hospitalisation et un changement important de son état.

La personne résidente a fait une chute avec témoin qui a entraîné des blessures nécessitant une hospitalisation et une intervention chirurgicale, ainsi que deux chutes sans témoin qui ont entraîné des blessures nécessitant un traitement à l'hôpital, une évaluation interdisciplinaire et des modifications de son programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier.

b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 66/23, article 30

Une personne résidente a été admise au foyer en février 2024. Le bilan comparatif des médicaments effectué au moment de l'admission indiquait une ordonnance avec la bonne dose de médicament. Toutefois, on a administré à la personne résidente la moitié de la dose pendant un certain temps.

La personne résidente a fait une chute qui a nécessité une hospitalisation. L'erreur liée aux médicaments a été relevée pendant le séjour à l'hôpital et a été consignée dans les notes du bilan comparatif des médicaments dans PointClickCare lorsque la personne résidente est revenue au foyer.

Même si des membres du personnel étaient au courant de l'erreur, il n'existe aucune documentation relative à un rapport d'incident critique, à son analyse ou à la communication de l'incident à la directrice ou au directeur des soins infirmiers, au prescripteur, au fournisseur de services pharmaceutiques ou au médecin traitant.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel

