

Rapport public

Date d'émission du rapport : 24 avril 2025

Numéro d'inspection : 2025-1139-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Iris L.P., par ses associés en nom collectif, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Aurora, Aurora

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 14 au 17 et du 22 au 24 avril 2025

L'inspection effectuée concernait :

- Une plainte relativement à la chute d'une personne résidente ayant causé une blessure, son hospitalisation et un changement de son état de santé
- Une plainte liée aux soins inappropriés qui ont été fournis à une personne résidente, et à leur documentation et à leur communication

L'inspection effectuée concernait :

- Une plainte liée à la chute d'une personne résidente et à la blessure subséquente

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 – avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 3 (1) 3 de la *LRSLD* (2021).

Déclaration des droits des résidents

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et

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, 4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

à la promotion des droits suivants des résidents :

3. Chaque personne résidente a le droit de voir sa participation et ses choix respectés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit à la participation d'une personne résidente aux choix concernant ses services de physiothérapie soit respecté.

La personne résidente a été évaluée par un(e) physiothérapeute (PT) à une date donnée et a été inscrite au programme de physiothérapie du foyer. Le ou la physiothérapeute a reconnu que les résultats de l'évaluation et les mises à jour sur les progrès de la personne résidente avec les services de physiothérapie n'ont pas été discutés avec le ou la mandataire spécial(e) de la personne résidente.

Sources : Dossier médical clinique de la personne résidente et entretien avec le ou la PT.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'art. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a manqué de s'assurer que le personnel utilise une technique de transfert sécuritaire quand il vient en aide à une personne résidente tombée sur le sol. Les membres du personnel ont manuellement soulevé la personne résidente sans l'utilisation d'un appareil de levage. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a confirmé que le foyer avait une politique de « non-levage » et que le personnel n'était pas autorisé à lever manuellement les personnes résidentes. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la pratique attendue était d'utiliser un appareil de levage pour aider une personne résidente au sol.

Sources : Les dossiers médicaux de la personne résidente, la politique du foyer concernant les chutes des personnes résidentes, la politique du du foyer concernant le programme de levage et de transfert des personnes résidentes et les entretiens avec le personnel.

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 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

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

1. Le titulaire du permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque la fiche de suivi des traumatismes crâniens d'une personne résidente, en rapport avec une chute sans témoin survenue à une date précise, n'a pas été remplie aux intervalles désignés conformément à la politique du foyer.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées en vue du programme de gestion et de prévention des chutes soient respectées.

Plus précisément, la politique du foyer concernant les chutes des personnes résidentes indique qu'une routine de soins pour traumatisme crânien doit être amorcée pendant 48 heures si un traumatisme crânien est soupçonné ou qu'il y a eu une chute sans témoin.

Le personnel infirmier autorisé a reconnu que la fiche de suivi pour traumatisme crânien avait été établie pour la personne résidente à la suite d'une chute dont personne n'avait été témoin et a confirmé que les intervalles suivant l'évaluation initiale n'avaient pas été respectés. Le ou la DSI a confirmé que la fiche de suivi pour traumatisme crânien n'avait pas été remplie pour tous les intervalles.

Sources : Les dossiers médicaux de la personne résidente, la politique du foyer concernant les chutes des personnes résidentes, la politique du foyer concernant le programme de levage et de transfert des personnes résidentes et les entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire du permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque les stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes, y compris la mise en place d'équipement de prévention des chutes, n'ont pas été mises en œuvre conformément à l'évaluation du risque de chute de la personne résidente à une date précise. Le titulaire du permis n'a pas non plus respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque le risque de chute de la personne résidente n'a pas été

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, 4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

surveillé par une réévaluation lorsque l'état de la personne résidente a considérablement changé au cours d'une période donnée.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées en vue du programme de gestion et de prévention des chutes soient respectées.

Plus précisément, la politique du foyer relative au programme de prévention des chutes des personnes résidentes indique que le personnel infirmier autorisé doit élaborer un plan de soins individualisé avec des interventions ciblées sur les résultats de l'évaluation des risques et les facteurs de risque identifiés. La politique souligne également que l'évaluation du risque de chute d'un résident doit être effectuée à l'aide de l'évaluation du risque de chute de Scott et qu'une réévaluation à l'aide de cet outil est nécessaire lorsqu'une personne résidente connaît un changement important de son état de santé.

La personne résidente a été évaluée à un niveau spécifique de risque de chute à une certaine date, mais les stratégies/interventions mises en œuvre ne reflétaient pas les stratégies/interventions attendues pour le niveau de risque évalué de la personne résidente. Le ou la DSI a reconnu que la mise en œuvre des stratégies/équipements prévus pour ce niveau de risque ne figurait pas dans le plan de soins de la personne résidente.

La personne résidente a connu un changement significatif de son état de santé au cours d'une période donnée. Le risque de chute de la personne résidente n'a pas été réévalué à ce moment-là. Les précautions précédemment mises en œuvre et le risque de chute étaient en place lorsque la personne résidente a fait une chute sans témoin à une certaine date, entraînant une blessure importante.

Sources : Les dossiers médicaux de la personne résidente, la politique du foyer concernant la prévention des chutes des personnes résidentes, et les entretiens avec le personnel.