Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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 de Hamilton
119, rue King Ouest, 11e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800-461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 août 2025
Numéro d'inspection : 2025-1384-0004
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses partenaires généraux, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.
Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Brant, Burlington

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 8 et 11 août 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : no 00150594 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Dossier : no 00151270 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité no 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 28(1)1 de la LRSLD
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 :
1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de faire part immédiatement à la directrice ou au directeur de soins administrés de manière inappropriée à une personne résidente lorsque ceux-ci ont entraîné une blessure. On a omis d'appeler la ligne à utiliser en dehors des heures de bureau le jour de l'incident; on a plutôt soumis un rapport d'incident critique le jour suivant.

Source : Rapport d'incident critique; entretiens avec des membres du personnel; dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect du : paragraphe 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22
Exigences générales
Paragraphe 34(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations et les réévaluations de la douleur, soient consignées.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour la gestion de la douleur.

Plus précisément, selon le programme de gestion de la douleur du foyer, chaque fois qu'il administre un analgésique pro re nata (PRN), le personnel doit consigner le degré de douleur signalé dans les onglets sur le poids et les signes vitaux dans

PointClickCare (PCC) [soit sous forme numérique, soit selon l'échelle du Pain Assessment in Advanced Dementia (ou « PAINAD »)], et ce, avant et après l'administration de l'analgésique.

Cela n'a pas été fait lorsqu'on a administré un analgésique PRN à une personne résidente.

Source : Dossiers cliniques de la personne résidente; programme de gestion de la douleur du foyer (révisé pour la dernière fois en juillet 2024); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22
Techniques de transfert et de changement de position
Article 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 omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils et des techniques de transfert sécuritaires au moment de faire le transfert d'une personne résidente.

Un membre du personnel a fait le transfert d'une personne résidente, laquelle faisait preuve de résistance au moment de recevoir des soins, à l'aide d'un appareil qui n'était pas recommandé pour une telle situation. Cela a contribué à la blessure subie par la personne résidente.

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

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 58(2)c) du Règl. de l'Ont. 246/22
Comportements réactifs
Paragraphe 58(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à la fois :
c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les stratégies écrites visant à prévenir ou à minimiser les comportements réactifs d'une personne résidente soient coordonnées et mises en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour la gestion des comportements réactifs.

Plus précisément, selon la politique du foyer en matière d'expression personnelle, il faut mettre en œuvre les protocoles internes de signalement pour les personnes résidentes faisant preuve d'expression personnelle. Les membres du personnel de première ligne ont omis de signaler les comportements réactifs d'une personne résidente aux membres du personnel autorisé.

Par conséquent, les membres du personnel autorisé n'ont pas été en mesure de mettre en œuvre les mesures d'intervention suggérées pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente.

Source : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel; politique du foyer en matière d'expression personnelle (révisée pour la dernière fois en juillet 2024); notes d'enquête du foyer.