

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 London  
130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## Rapport public

<b>Date d'émission du rapport :</b> 19 décembre 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1234-0001
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> Iris L.P., par ses associés en nom collectif, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> AgeCare Aylmer, Aylmer

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 19, 21, 22 et 25 au 28 novembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : 00130679 – Plainte relative aux soins.
- Plainte : 00131773/Incident critique n° 2740-000015-24 – Chute avec blessure.

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

- Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- 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 LRS LD (2021).

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

Déclaration des droits des résidents

3(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité et sa valeur intrinsèques.

**Justification et résumé**

Il s'est produit une interaction observée au cours de laquelle un ou une membre du personnel a utilisé un langage inapproprié devant une personne résidente et dans une aire résidentielle du foyer.

Un examen des notes d'enquête du foyer a conclu qu'une communication inappropriée a eu lieu dans une aire résidentielle du foyer.

Au cours d'un entretien avec la DSI, il a été confirmé qu'un ou une membre du personnel a utilisé un langage inapproprié devant la personne résidente.

Il y avait un risque pour la personne résidente concernant le manque de courtoisie et de respect fournis pendant les soins.

**Sources :** Examen des notes d'enquêtes du foyer et un entretien avec la DSI.

**AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas**

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

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

Faire rapport au directeur dans certains cas

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 foyer n'a pas veillé à ce que des soins allégués comme étant administrés de façon inappropriée ou incompétente soient signalés immédiatement au directeur ou à la directrice.

**Justification et résumé**

Au cours d'une inspection sur une plainte relative à des soins allégués comme étant inappropriés, les notes d'enquête interne du foyer ont été passées en revue. Les notes d'enquête interne du foyer ont conclu que des soins grossiers avaient été fournis à une personne résidente.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Il a été admis au cours d'un entretien avec la DSI que les soins administrés de façon inappropriée ou incompétente n'ont pas été signalés au directeur ou à la directrice comme requis.

L'omission du foyer de faire immédiatement rapport au directeur ou à la directrice a créé un risque potentiel pour les personnes résidentes du foyer.

**Sources :** Examen des notes d'enquête interne du foyer et un entretien avec la DSI.

**AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

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 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programmes obligatoires

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au suivi du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Plus précisément, le personnel devait remplir la routine de soins en cas de traumatisme crânien (HIR) en entier, y compris les documents, pour surveiller une personne résidente après une chute.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de prévention et de gestion des chutes, y compris le suivi des personnes résidentes, et du respect de celui-ci.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé aux exigences prévues dans la politique pour traumatisme crânien du foyer.

**Justification et résumé :**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur ou à la directrice pour une chute sans témoin impliquant une personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la routine de soins en cas de traumatisme crânien (HIR) comprise dans le Falls Prevention and Management Program [programme de prévention et de gestion des chutes].

La personne résidente nécessitait une évaluation de HIR. Le personnel a amorcé la HIR avec la mauvaise date. Des entrées d'évaluation étaient incomplètes, il manquait des évaluations, des signatures et des notes d'évolution pour indiquer que le personnel avait tenté de remplir l'évaluation ou avait approché de nouveau la personne résidente lorsqu'elle refusait les évaluations.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Au cours d'un entretien, des membres du personnel ont confirmé que si une personne résidente refuse une évaluation, il devrait y avoir des documents justificatifs dans les notes d'évolution.

Il y avait un risque pour la personne résidente que des signes de traumatisme crânien ne soient pas décelés en raison des évaluations et des documents incomplets de la HIR après une chute sans témoin.

Sources : Examen du dossier clinique de la personne résidente, de l'IC, et de la politique du foyer sur la HIR, et entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programmes obligatoires

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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer.  
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de gestion de la douleur du foyer. Plus précisément, le personnel devait remplir une évaluation complète de la douleur.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de gestion de la douleur, y compris le suivi des personnes résidentes, et du respect de celui-ci.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé aux exigences énoncées dans la Pain Management Program Policy [politique sur le programme de gestion de la douleur] du foyer.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été signalé pour une chute sans témoins impliquant une personne résidente, ce qui a causé une blessure.

La politique Pain Management Program [programme de gestion de la douleur] du foyer exige que le personnel autorisé évalue les personnes résidentes pour la douleur dans des situations comme des chutes ou lorsque la douleur persiste ou s'aggrave. La politique indique également au personnel de remplir des évaluations complètes de la douleur pour une douleur nouvelle ou qui s'aggrave qui est difficile à prendre en charge.

Un examen des dossiers cliniques montrait que la personne résidente avait signalé de la douleur et présentait des signes d'inconfort après la chute. Les documents indiquaient que la personne résidente présentait des signes et des symptômes d'une douleur continue probable. Malgré ces indications, aucune

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

évaluation complète et supplémentaire de la douleur n'a été remplie pour une durée prolongée après l'évaluation initiale.

La directrice des soins infirmiers a confirmé qu'il est prévu que le personnel remplisse une évaluation de la douleur lorsque la douleur persiste ou lorsqu'une évaluation complète n'est pas possible, mais cela n'a pas eu lieu.

Le manque d'évaluations opportunes et complètes de la douleur a augmenté le risque de soins et de traitements tardifs pour la personne résidente.

**Sources** : Examen documentaire de la Pain Program Policy [politique sur le programme pour la douleur] du foyer, dossiers cliniques et entretien avec la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments**

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de : la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Administration des médicaments

140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140(2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente est revenue au foyer, mais le personnel autorisé n'a été mis au courant de son retour qu'après un certain temps. Ce retard a fait en sorte que les médicaments prescrits pour la personne résidente n'ont pas été administrés selon l'ordonnance du prescripteur.

Un entretien avec un ou une membre du personnel autorisé a confirmé que la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments jusqu'à ce que le personnel prenne connaissance que la personne résidente était revenue au foyer.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a indiqué que les médicaments ont été administrés considérablement plus tard que ce qui était prescrit.

Lors d'un entretien avec la DSI, il a été confirmé que les médicaments de la personne résidente n'ont pas été administrés conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Il y avait un risque concernant le résultat optimal d'efficacité des soins relativement au retard d'administration des médicaments.

**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 London**130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775**Sources :** Dossiers de soins de santé de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel autorisé et la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de : la disposition 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 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 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, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié aux médicaments impliquant une personne résidente soit documenté, un dossier des mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consigné. L'incident n'a pas été signalé à la personne résidente, à son ou sa mandataire spécial(e), au prescripteur, au médecin traitant, ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite la personne résidente.

### Justification et résumé

Une personne résidente avait des médicaments qui devaient lui être administrés, toutefois, les dossiers indiquent que les médicaments ont été administrés considérablement plus tard que prévu.

Lors d'un entretien, la directrice des soins infirmiers a confirmé qu'aucun rapport d'incident lié aux médicaments n'avait été rempli pour cet événement, contrairement à la politique du foyer, qui exige des documents pour toutes les erreurs liées aux médicaments.

L'omission d'aviser le médecin de la personne résidente a empêché qu'il y ait des directives opportunes concernant l'administration tardive. Le manque de documents et de communication a augmenté le risque que les résultats thérapeutiques soient diminués. Ces omissions auraient pu retarder la reconnaissance de possibles effets indésirables et la réaction à ceux-ci, mettant à risque la santé de la personne résidente.

**Sources :** Dossiers de soins de santé de la personne résidente et entretien avec la DSI.