

Rapport public

Date d'émission du rapport : 6 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1124-0006

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : peopleCare Communities Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : peopleCare Tavistock, Tavistock

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 31 juillet 2025, et 1^{er}, 5 et 6 août 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00150827 – Incident critique (IC) n° 2614-000013-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Dossier : n° 00151972 – IC n° 2614-000014-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes

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

Soins de la peau et prévention des plaies

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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'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 qu'un membre du personnel utilise un appareil de transfert sécuritaire au moment d'aider une personne résidente lors d'un transfert.

Sources : Examen des dossiers en lien avec l'IC n° 2614-000014-25, des notes d'enquête du foyer et des dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53(1)4 du Règl. 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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on se conforme à son programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de gestion de la douleur; de même, ce programme doit être respecté.

Plus précisément, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un membre du personnel suive le programme de gestion de la douleur du foyer lorsqu'une personne résidente a fait savoir qu'elle ressentait de la douleur.

Sources : Examen des dossiers en lien avec le programme de gestion de la douleur du

foyer et des dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réalise une évaluation auprès d'une personne résidente après qu'elle eut fait une chute.

Sources : Examen des dossiers en lien avec l'IC n° 2614-000014-25, des notes d'enquête du foyer, des dossiers médicaux de la personne résidente et du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; entretiens avec des membres du personnel.