

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1592-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Corporation de la ville de Kawartha Lakes

Foyer de soins de longue durée et ville : Victoria Manor Home for the Aged, Lindsay

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15 au 19 et 23 septembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 22 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Suivi : n° 1 – paragraphe 6(7) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 29 août 2025
- Une plainte anonyme concernant des allégations de mauvais traitements, de soins fournis de manière inappropriée et de mauvaise administration de médicaments en ce qui concerne une personne résidente
- Un dossier en lien avec le décès inattendu d'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° 001 de l'inspection n° 2025-1592-0004 en lien avec le paragraphe 6(7) de la LRSLD

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Soins de la peau et prévention des plaies

Prévention et contrôle des infections

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

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 6(4)a) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

- a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;
- b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique à propos du décès inattendu d'une personne résidente.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'aucune évaluation clinique n'avait été effectuée malgré que la personne résidente soit restée au lit et ait dormi toute la journée sans prendre de médicaments, boire ou manger.

Les notes sur l'évolution de la situation de l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien

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

confirment qu'aucune évaluation n'a été effectuée avant le décès de la personne résidente.

Les membres du personnel n'ont pas remarqué les changements dans l'état de la personne résidente et n'y ont pas réagi; de même, ils n'ont pas évalué l'état de la personne résidente et les changements dans celui-ci avant un incident qui a entraîné le décès de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; plan d'urgence en cas d'étouffement; entretiens avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 29(3)19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Paragraphe 29(3) – Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente fasse état des risques pour la sécurité et des interventions à mettre en place pour un problème médical.

Une personne résidente a été transférée à l'hôpital pour une évaluation après un incident. La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a évalué la personne résidente et a proposé un plan pour modifier son régime alimentaire. On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique à propos du décès inattendu de la personne résidente.

Un examen du programme de soins de la personne résidente a révélé que celui-ci n'était pas fondé sur une évaluation interdisciplinaire des risques en matière de sécurité en ce qui concerne la façon de gérer les symptômes de la personne résidente.

La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a reconnu que le programme

de soins n'indiquait que la texture des aliments que l'on devait servir à la personne résidente et ne faisait pas état de risques pour la sécurité.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; plan d'urgence en cas d'étouffement; entretiens avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : sous-alinéa 268(4)1.vi. du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268(4) – Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
- vi. les urgences médicales.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le plan d'urgence en cas d'étouffement du foyer soit mis en œuvre. Le plan d'urgence en cas d'étouffement du foyer indique que l'on aurait dû déclencher un code bleu pour une personne résidente, mais que cela n'a pas été fait.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; plan d'urgence en cas d'étouffement; entretiens avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et des membres du personnel.

