

Rapport public

Date d'émission du rapport : 5 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1392-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

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 Glen Oaks, Oakville

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 30 mai et du 2 au 5 juin 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00142894 – IC n° 2908-000014-25 – relatif aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00143631 – suivi de l'ordre de conformité n° 001 émis aux termes de l'inspection n° 2025-1392-0002 relatif aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00147056 – incident critique n° 2908-000017-25 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.

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° 2025-1392-0002 aux termes du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) (b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

(b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de cette personne en matière de soins ont évolué puisqu'elle a connu des changements dans sa démarche.

La personne résidente a été blessée lors d'une chute.

Sources : entretiens avec les membres du personnel, dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique.

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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 à la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur ou la directrice soit immédiatement informé(e) de l'administration de soins de façon inappropriée d'une personne résidente.

Après avoir été informé qu'une personne résidente présentait un résultat critique, un membre du personnel a découvert qu'un médicament était périmé et l'a jeté sans en informer immédiatement la direction.

Sources : rapport d'incident critique et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits élaborés du système de gestion des médicaments afin d'assurer une administration précise soient mis en œuvre.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que la politique d'administration des médicaments du foyer a été respectée. Plus précisément, le membre du personnel devait utiliser le code approprié sur le registre électronique d'administration des médicaments (eMAR) lorsqu'un médicament n'était pas administré à une personne résidente, mais qu'il était documenté comme ayant été administré.

Sources : politique d'administration des médicaments révisée pour la dernière fois en juin 2024, norme de pratique de l'OIIO : documentation, révisée en 2008, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 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. Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments d'une personne résidente soient administrés conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur lorsque le membre du personnel a omis de les administrer.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments d'une personne résidente soient administrés conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur lorsque le membre du personnel n'a pas suivi les instructions d'administration du prescripteur de jeter le médicament à une date précise après ouverture et a continué d'administrer le médicament.

Sources : notes d'enquête du foyer, dossier clinique de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

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 King Street West, 11th Floor
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137