Ontario
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 du Centre-Ouest
609, rue Kumpf, 1er étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 avril 2026
Numéro d'inspection : 2026-1365-0002
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses partenaires généraux Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltée
Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare West Williams, Kitchener

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 10 et 13 avril 2026

L'inspection concernait :
- Signalement : nº 00170685 – Incident critique en lien avec des soins fournis de manière inappropriée
- Signalement : nº 00174309 – Plainte en lien avec la prévention et la gestion des chutes

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD
Programme de soins
Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le

programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Une personne préposée aux services de soutien personnel n'a pas respecté le programme de soins d'une personne résidente en ce qui concerne le niveau d'aide requis pour les soins personnels.

Sources : Notes d'enquête; entretiens avec des membres du personnel; dossiers cliniques de la personne résidente.

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

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de : la disposition 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.

Lorsque la directrice ou le directeur des soins infirmiers a pris connaissance d'un incident présumé en lien avec des soins fournis de manière inappropriée, il ou elle a omis de transmettre l'information sur laquelle les allégations étaient fondées à la directrice ou au directeur.

Sources : Notes d'enquête; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 27 (2) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission
Paragraphe 27 (2) – Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :
3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.

Le programme de soins d'une personne résidente n'indiquait pas le type et le niveau d'aide dont elle avait besoin pour ses soins personnels lors de son admission au foyer.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de : l'alinéa 27 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission
Paragraphe 27 (9) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins provisoire soit réexaminé et révisé lorsque, selon le cas :
a) les besoins du résident en matière de soins évoluent.

On a omis de veiller à ce qu'un membre de l'équipe interdisciplinaire réévalue une personne résidente après l'identification des risques. On n'a inscrit dans le programme de soins les risques ou les changements dans les besoins en matière de soins que quelques jours plus tard.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; évaluations; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité nº 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
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.

Des membres du personnel ont utilisé des techniques de transfert et de changement de positions dangereuses qui ont eu des effets néfastes sur une personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Une personne résidente a fait une chute qui a eu des effets néfastes. On a omis de réaliser un élément de l'évaluation postérieure à la chute qui était pourtant exigé.

Sources : Évaluation postérieure à la chute; entretien avec des membres du personnel.