

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-Est

33, rue King Ouest,

4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public**Date d'émission du rapport** : 24 février 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1373-0001**Type d'inspection** :

Incident critique

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 Woodhaven, Markham**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18, 19, 20 et 24 février 2025. L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 21 février 2025

L'inspection effectuée concernait :

- Une inspection relativement à un incident de négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel.
- Une inspection relativement au traitement inadéquat ou incompetent d'une personne résidente.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 001 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Un incident s'est produit, impliquant de la négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel, et a fait l'objet d'un rapport au directeur ou à la directrice le lendemain de l'incident.

La directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'allégation de négligence impliquant la personne résidente aurait dû être signalée immédiatement à la directrice ou au directeur.

Sources : Politiques, rapport d'incident critique (SIC), et entretiens avec le personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

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-Est

33, rue King Ouest,

4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Art. 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 du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) utilise une technique de transfert ou de changement de position sécuritaire lorsqu'elle aidait une personne résidente à une date particulière. La PSSP n'a pas suivi les instructions indiquées dans le programme de soins de la personne résidente relativement au transfert et au changement de position, ce qui a fait subir une chute et une blessure subséquente à la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête interne, et entretiens avec le personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Routines au coucher et au moment du repos

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 45 du Règl. de l'Ont. 246/22

Routines au coucher et au moment du repos

Art. 45. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Le foyer n'a pas veillé à ce que les routines d'une personne résidente au coucher et au moment du repos soient respectées.

Un RIC a été soumis pour négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel. Après une enquête interne au sujet de l'incident, il a été déterminé que la personne résidente n'avait pas été appuyée concernant le repos au moment de son choix, selon son programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques, notes d'enquête interne, et entretien avec le personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque la fiche de suivi pour traumatisme crânien pour n'a pas été remplie pour une personne résidente aux intervalles prévus, conformément à l'outil et à la politique du foyer qui y sont associés.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées en vue du programme de gestion et de prévention des chutes soient respectées.

Plus précisément, la politique du foyer concernant les chutes indique qu'une routine de soins pour traumatisme crânien/évaluation neurologique doit être amorcée pendant 48 heures si un traumatisme crânien est soupçonné ou qu'il y a eu une chute sans témoin.

La DSI du foyer a confirmé que la routine pour traumatisme crânien n'avait pas du tout été remplie aux intervalles requis.

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-Est

33, rue King Ouest,

4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Sources : Dossiers cliniques, notes d'enquête interne et entretien avec la DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Prévention et gestion des chutes

Par. 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 que, si l'état ou la situation du résident l'exige, 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. Par. 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; article 11 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire du permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente est tombée à une date particulière, à ce que cette personne soit évaluée, entraînant un retard dans l'identification des blessures et pour fournir des interventions. Le personnel de PSSP a entrepris d'aider la personne résidente à se relever avant l'évaluation d'un ou une membre du personnel autorisé.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête interne, et entretiens avec une PSSP et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de

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-Est33, rue King Ouest,
4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente pour laquelle il y avait des préoccupations d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée chaque semaine. Les évaluations initiales de la personne résidente, qui identifiaient des préoccupations par rapport à l'altération de l'intégrité épidermique, ont été remplies à une date déterminée, mais aucune réévaluation n'a été remplie.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies pour une personne résidente et entretien avec le personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 007 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive suffisamment de produits de soins pour incontinence pour qu'elle se sente propre, au sec et à l'aise.

Un incident impliquant de la négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel s'est produit, la personne résidente n'ayant pas reçu d'aide pour changer ses produits de soins pour

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-Est

33, rue King Ouest,

4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

incontinence. Ce fait a été confirmé au cours de l'enquête interne du foyer et par la DSI.

Sources : Notes d'enquête interne, RIC et entretiens avec la DSI et le personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Production alimentaire

Cas de non-conformité n° 009 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Par. 78 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Au cours d'une visite du foyer, le repas d'une personne résidente a été trouvé sur un comptoir. Les articles comprenaient des œufs, du pain et du yogourt.

Une PSSP a indiqué que la pratique dans cette aire du foyer était de mettre de côté les repas de la personne résidente. Le ou la gestionnaire des aliments et de la nutrition (GAN) a confirmé qu'il n'y a pas de procédure normale en place lorsque les personnes résidentes demandent des repas en dehors des heures de services de repas. Le ou la GAN a indiqué que les articles alimentaires trouvés sur le comptoir auraient dû être rangés dans un frigo.

Sources : Observation, politiques et entretiens avec une PSSP et le ou la GAN.

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

Problème de conformité n° 010 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Deux tasses de détergent à lessive ont été observées dans la salle récréative d'une unité, au cours d'une visite du foyer.

Un ou une membre du personnel autorisé a confirmé que le détergent à lessive n'aurait pas dû être ouvert et aurait dû être placé près des machines à laver et à sécher du foyer.

Sources : Observations et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Embauche du personnel, acceptation de bénévoles

Problème de conformité n° 011 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 252 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Embauche du personnel, acceptation de bénévole

Par. 252 (2) La vérification de dossiers de police doit répondre aux critères suivants :

b) être effectuée dans les six mois qui précèdent la date à laquelle le membre du personnel est embauché ou celle à laquelle le bénévole est accepté par le titulaire de permis.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une vérification du dossier de police soit effectuée dans les six mois qui précèdent la date à laquelle une PSSP a été embauchée.

La DSI a confirmé qu'une PSSP avait été embauchée à une date

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-Est

33, rue King Ouest,

4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

déterminée. Le foyer a fourni une vérification du dossier de police, qui a été effectuée en dehors de la période de six mois.

Sources : La vérification du dossier de police d'une PSSP et entretien avec la DSI.

AVIS ÉCRIT : Conservation des dossiers

Problème de conformité n° 012 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 282 1. du Règl. de l'Ont. 246/22.

Conservation des dossiers

Art. 282. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à conserver les dossiers exigés à l'article 281 conformément à ce qui suit :

1. Si un membre du personnel cesse de travailler au foyer, le dossier doit être conservé au moins sept ans après que le membre a cessé de travailler au foyer et, pendant au moins la première année, le dossier doit être conservé au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à conserver les dossiers de cours et de formation au foyer pendant au moins un an pour une PSSP.

Un RIC a été soumis pour négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel. Une demande pour passer en revue les dossiers des cours et de la formation d'une PSSP qui était impliquée dans l'incident a été soumise au foyer. La DSI du foyer a indiqué que les dossiers n'étaient pas disponibles dans le foyer.

Sources : Dossiers d'emploi d'une PSSP et entretien avec la DSI.