

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 22 décembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1418-0009**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Yee Hong Centre for Geriatric Care**Foyer de soins de longue durée et ville :** Yee Hong Centre – Scarborough Finch,  
Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 12, du 15 au 19 et le 22 décembre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 10 décembre 2025.

L'inspection liée à une plainte concernait les signalements suivants :

Un signalement de plainte aux soins de la peau et des plaies, aux soins et aux services aux personnes résidentes, aux chutes et aux services de médication.

L'inspection liée à un incident critique (IC) concernait :

Un signalement lié à la prévention et à la gestion des chutes.

Un signalement lié aux soins et aux services aux personnes résidentes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Gestion des médicaments  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)**

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 :

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.

La personne résidente a été évaluée comme ayant une altération de l'intégrité épidermique à une date donnée. Une évaluation clinique indiquait qu'un membre de l'équipe interprofessionnelle de soins de la peau et des plaies serait informé de l'état de santé, mais l'information n'est pas parvenue à l'équipe. Le personnel agréé n'a pas collaboré avec l'équipe interprofessionnelle de soins de la peau et des plaies pour élaborer et mettre en œuvre le plan de soins, comme l'exige la politique du foyer.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec des membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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

(e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies

chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le membre du personnel agréé a constaté que la personne résidente présentait une altération de la peau, mais il n'a pas procédé à l'aiguillage clinique approprié comme il se doit.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : l'alinéa 57 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer relative au programme de gestion de la douleur demandait au personnel de remplir la fiche d'efficacité des mesures d'intervention contre la douleur dans le système de dossiers de santé électroniques du résident après l'utilisation d'une intervention non pharmacologique contre la douleur. Dans un cas identifié, une intervention non pharmacologique a été utilisée, mais la fiche d'efficacité n'a pas été remplie, comme l'exige la politique.

**Sources :** La plainte et le rapport d'incident critique, la politique du foyer concernant le programme de gestion de la douleur, le dossier médical électronique de la personne résidente et l'entretien avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments.**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

À une date donnée, la personne résidente a reçu une dose d'un médicament non prescrit.

Sources :information de la plainte, notes d'enquête interne du foyer, dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.