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 de Toronto
5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 mars 2025

Numéro d'inspection : 2025-1383-0002

Type d'inspection :
Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Iris L.P., par ses associés commandités, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Trilogy, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 7 et du 10 au 13 mars 2025.

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

- Demande nº 00134182 [IC nº 2899-000044-24] liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Demande nº 00139500 [IC nº 2899-000004-25] liée à une éclosion de maladie.

L'inspection concernait les demandes de suivi qui suivent :

- Demande nº 00137421 liée à l'ordre de conformité (OC) nº 001 de l'inspection nº 2025-1383-0001.

L'inspection concernait les demandes découlant d'une plainte suivantes :

- Demande nº 00137073 liée à une plainte portant sur des stupéfiants d'ordonnance manquants et la gestion des médicaments.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demande nº 00137037 [IC nº 2899-000001-25] et demande nº 00141442 [IC nº 2899-000007-25] liées à des éclosions de maladie.

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 Toronto
5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :
Ordre nº 001 de l'inspection nº 2025-1383-0001 en vertu de l'alinéa 102 (11) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE PROTÉGER

Problème de conformité nº 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)
Obligation de protéger
Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre des mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente.

Le Règlement de l'Ontario 246/22 définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme suit : c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Une personne résidente affichait des comportements réactifs et a frappé deux autres personnes résidentes du foyer. L'une d'entre elles a été blessée.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité nº 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Prévention et contrôle des infections
Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :
b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Le foyer n'a pas veillé à assurer une utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle, y compris le port de façon appropriée, conformément à l'exigence supplémentaire figurant au point d) de la section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI).

Un fournisseur de soins essentiels a été observé sans blouse ni gants alors qu'il aidait à se nourrir dans sa chambre une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires.

Sources : Observations, examen de la Norme de PCI, révisée en septembre 2023, entretien avec le fournisseur de soins essentiels et la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité nº 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Prévention et contrôle des infections
Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :
b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes de trois personnes résidentes soient consignés à différents quarts de travail, alors que ces personnes présentaient des signes d'infection et qu'elles faisaient l'objet de précautions supplémentaires.

Sources : Examen des dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité nº 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22
Rapports : incidents graves
Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :
3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur qu'une substance désignée manquait ou qu'une différence d'inventaire avait été constatée concernant une substance désignée devant être administrée à une personne résidente, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident. La directrice des soins a déclaré qu'aucun rapport d'incident critique n'avait été soumis concernant l'incident.

Sources : Entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité nº 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22
Système de gestion des médicaments
Paragraphe 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 respecté les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion des médicaments soient respectées.

a) Plus précisément, la politique du foyer en matière d'incidents liés à des médicaments et de réactions indésirables à des médicaments indiquait que le personnel autorisé était chargé de remplir et de consigner, dans les notes d'évolution d'une personne résidente, l'incident lié à des médicaments lorsqu'il a été découvert et signalé à une date précise, ce qui n'a pas été fait.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, politique du foyer en matière d'incidents liés à des médicaments et de réactions indésirables à des médicaments, LTC-ON-200-06-13 (dernière révision en juillet 2024), et entretien avec la directrice des soins.

b) Plus précisément, la politique du foyer en matière de médicaments désignés (*Controlled Medications Policy*) indiquait que le personnel autorisé en fin de quart et le personnel autorisé en début de quart devait compter le nombre de stupéfiants et de substances désignées et approuver le registre en le signant à chaque changement de quart, en plus de consigner le nom de la personne ayant administré le médicament à la personne résidente, la date et l'heure de l'administration, ainsi que la dose administrée sur la feuille de suivi individuel, ce qui n'a pas été fait à certaines dates dans le cas d'une personne résidente.

Sources : Registres du compte des médicaments désignés des personnes résidentes; registre du compte des médicaments désignés aux changements de quarts; politique du foyer LTC-ON-200-06-07 sur les médicaments désignés (dernière révision en juillet 2024) et entretiens avec le personnel.