

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1423-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

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

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Royal Oak, Kingsville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 7, 10 et 12 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00160211 – Incident critique (IC) n° 2939-000075-25 – Signalement en lien avec des allégations de négligence à l'endroit d'une personne résidente
- Signalement : n° 00161412 – IC n° 2939-000079-25 – Signalement en lien avec des allégations de soins fournis de manière inappropriée à une personne résidente
- Signalement : n° 00161452 – Signalement en lien avec une plainte relative aux soins fournis à une personne résidente et aux chutes faites par celle-ci
- Signalement : n° 00161579 – IC n° 2939-000080-25 – Signalement en lien avec l'entretien et l'eau chaude
- Signalement : n° 00162009 – Signalement en lien avec une plainte relative aux soins fournis à une personne résidente et aux chutes faites par celle-ci

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Comportements réactifs
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

On a remarqué qu'une porte donnant sur une aire non résidentielle (chaufferie) n'était pas verrouillée; ainsi, l'on n'aurait pas pu empêcher l'accès non supervisé à cet endroit par des personnes résidentes.

Le 4 novembre 2025, on a constaté que le mécanisme de verrouillage de la porte de la chaufferie ne fonctionnait pas toujours bien. La personne responsable des services environnementaux a tenté de rendre la porte plus sécuritaire, mais sans succès. On a avisé l'administratrice ou l'administrateur et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) de la situation et, plus tard dans la journée, une serrurière ou un serrurier a remplacé le verrou. On a aussi ajouté une affiche des deux côtés de la porte de la chaufferie pour informer le personnel qu'il fallait verrouiller la porte manuellement après être entré dans la pièce.

Le 5 novembre 2025, on a constaté que cette même porte était de nouveau déverrouillée, même si l'on y avait installé un nouveau verrou, ainsi qu'une affiche. La personne responsable des services environnementaux est arrivée immédiatement sur

**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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

place pour verrouiller la porte. Pour sa part, l'administratrice ou l'administrateur a reconnu qu'une poignée de porte dotée d'un mécanisme de verrouillage automatique serait probablement la meilleure solution pour cette pièce. On a remplacé la poignée de la porte le jour même.

Le 6 novembre 2025, on a constaté que la porte était verrouillée.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

Date de mise en œuvre de la rectification : 6 novembre 2025

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Selon la politique du foyer à propos de la routine de suivi des blessures à la tête [Head Injury Routine (HIR) policy], s'il survient un incident lors duquel la tête d'une personne résidente a pu entrer en contact avec une surface dure, il faut entreprendre une routine de suivi des blessures à la tête; ainsi, il faut procéder à une évaluation toutes les 30 minutes pendant 2 heures, puis toutes les heures pendant 4 heures à la suite de l'incident.

Une personne résidente a fait une chute et s'est cogné la tête sur le sol; on a alors entrepris une routine de suivi des blessures à la tête. En deux occasions, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a omis d'évaluer la personne ou de mesurer ses signes vitaux pour les besoins de cette routine. L'IAA a indiqué qu'elle ou il avait mesuré les signes vitaux de la personne plus tard dans la journée, puis qu'elle ou il avait consigné les renseignements ainsi obtenus pour les heures qui n'avaient pas été prises en compte dans le cadre de la routine.

Sources : Notes de l'enquête interne du foyer; politique à propos de la routine de suivi des blessures à la tête [Head Injury Routine (HIR) policy]; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la ou le DSI.

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 : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

À une date donnée, on a consigné dans un dossier qu'une personne résidente ressentait de la douleur. On lui a administré de l'acétaminophène à 16 h 34. On a consigné dans un dossier que cette personne ressentait de la douleur à six reprises par la suite. Cependant, lorsque les interventions initiales pour soulager sa douleur se sont révélées inefficaces, la personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation. Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué qu'étant donné que les premières interventions n'avaient pas permis de soulager sa douleur, la personne aurait dû faire l'objet d'une évaluation à cet égard.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

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

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de lavage, sont

**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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant.

On a omis de remplir la liste de vérification pour l'inspection des appareils de levage à l'égard des appareils de ce type se trouvant au sein de l'unité Blue Spruce, ce que demandait pourtant la marche à suivre correspondante du foyer. Plus précisément, on a omis de remplir cette liste lors du quart de travail de jour les 18, 19, 23, 24, 27 et 28 octobre 2025, lors du quart de travail de soir les 17, 18, 19, 22, 23, 28, 29 et 30 octobre 2025 et lors du quart de travail de nuit les 24, 26 et 30 octobre 2025. Selon la marche à suivre correspondante du foyer, il faut effectuer une inspection visuelle, en se servant de la liste de vérification pour l'inspection des appareils, de chacun des appareils de ce type au début de chaque quart de travail afin de s'assurer qu'ils sont en bon état de fonctionnement.

Sources : Liste de vérification pour l'inspection des appareils de levage se trouvant au sein de l'unité Blue Spruce; politique du foyer à propos des démarches de levage et de transfert (Lift and Transfer policy).