

Rapport public**Date d'émission du rapport :** le 17 mars 2026**Numéro d'inspection :** 2026-1139-0003**Type d'inspection :**Plainte
Incident critique
Suivi**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 Aurora, Aurora**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16 et 17 mars 2026.

L'inspection concernait :

- Un signalement relatif à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 001/2025-1139-0008 relatif à l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, services de buanderie.
- Un signalement relatif à des soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente ayant entraîné un préjudice.
- Un signalement relatif à des substances désignées manquantes.
- Un signalement relatif à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Un signalement relatif à de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.
- Un signalement relatif à une plainte pour avoir omis d'informer un mandataire spécial ou une mandataire spéciale de l'évolution de l'état de santé d'une personne résidente.

· Un signalement relatif à une plainte concernant la routine de repos d'une personne résidente, une chute et la gestion des comportements réactifs.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1139-0008 lié à l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
Gestion des médicaments
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)

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 :

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.

Une personne résidente a signalé au foyer un incident de mauvais traitements d'ordre physique ayant entraîné une blessure commise par une autre personne résidente.

Le foyer n'a signalé cet incident que quatre jours après en avoir été informé.

Sources : dossiers de santé de la personne résidente, incident critique et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : l'alinéa 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.

Lors de cette inspection, une personne résidente a été observée en train de sortir par la porte du local à linge sale situé au sous-sol. Une autre observation et une confirmation par une personne chargée de la buanderie ont permis de constater que la porte du local à linge sale n'était pas toujours verrouillée.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) ont reconnu que la porte devait toujours être verrouillée et que la serrure de la porte avait été changée le même jour.

Sources : observations, entretiens avec une personne chargée de la buanderie, le ou la DSI et le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 003 – 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.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a utilisé une technique de transfert inappropriée pour aider une personne résidente. La personne résidente a ressenti une douleur qui a duré quelques jours et la personne résidente a eu besoin d'une surveillance supplémentaire et d'une gestion de la douleur. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que la PSSP devait demander l'aide d'un deuxième membre du personnel pour transférer la personne résidente ce jour-là.

Sources : incident critique, notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Routines au coucher et au moment du repos

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

Non-respect de : l'article 45 du Règl. de l'Ont. 246/22

Routines au coucher et au moment du repos

Article 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.

Une personne résidente a signalé qu'une autre personne résidente l'avait perturbé pendant toute la nuit. Les perturbations ont affecté de façon importante la capacité à dormir de la personne résidente.

En raison de l'interruption du sommeil, la personne résidente a subi des effets secondaires parce qu'elle ne dormait pas.

Sources : examen du dossier clinique de la personne résidente, entretien avec les

membres du personnel et notes d'enquête du foyer.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Une personne résidente a signalé au foyer un incident de mauvais traitements d'ordre physique ayant entraîné une blessure commise par une autre personne résidente.

Le foyer n'a signalé cet incident à la police locale que quatre jours après avoir été informé de l'incident.

Sources : dossiers de santé de la personne résidente, incident critique et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Il manquait une quantité d'un médicament désigné dans la boîte de destruction des médicaments lors d'un processus de destruction des médicaments effectué de manière périodique par la pharmacie.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer en matière de médicament réglementé exige que tous les médicaments désignés interrompus soient déposés dans une armoire de surplus de médicaments désigné verrouillée, dans une pièce fermée à clé.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) du foyer a indiqué que l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) n'avait pas suivi la politique du foyer en matière de marche à suivre concernant l'interruption des médicaments désignés.

Sources : incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec les membres du personnel et le ou la DSI.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702