

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 16 octobre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1384-0006**Numéro 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 Brant, Burlington**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 10 et 14 au 16 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00157401 – Dossier en lien avec les services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Dossier : n° 00157545 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Dossier : n° 00157863 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de*

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de HamiltonDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD).

Non-respect du : paragraphe 24(1) de la LRSLD**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 a omis de protéger une personne résidente contre la négligence de même que les mauvais traitements d'ordre physique et affectif de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, la négligence s'entend du « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents ».

De même, aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, les mauvais traitements d'ordre physique s'entendent de « l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

Enfin, toujours aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, les mauvais traitements d'ordre affectif s'entendent de « gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissé, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident ».

Lors d'un jour donné, une PSSP a omis d'effectuer les rondes requises et de fournir les soins nécessaires aux personnes résidentes. Le lendemain, alors qu'elle prodiguait des soins à une personne résidente, la PSSP s'est montrée impolie et dure avec celle-ci, ce qui a causé à la personne une blessure et de la détresse affective. La personne résidente a indiqué que cette situation avait eu de graves répercussions et qu'elle ressentait toujours de l'appréhension lorsqu'on lui fournissait des soins.

Sources : Rapport d'incident critique; examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente et des membres du personnel.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de HamiltonDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils et des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente.

Des membres du personnel ont procédé au transfert d'une personne résidente à l'aide d'un lève-personnes mécanique dont la télécommande ne fonctionnait pas correctement. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que le problème touchant la télécommande avait provoqué un transfert dangereux qui avait entraîné une blessure chez la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de santé de la personne résidente; entretien avec la personne résidente et la ou le DSI; politique à propos du programme de levage et de transfert des personnes résidentes, révisée pour la dernière fois en juillet 2024.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 58(4)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58(4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on élabore et mette en œuvre des stratégies pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente, dans la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

mesure du possible.

Lors d'une inspection liée à un incident critique, on a procédé à un examen des dossiers et on a constaté qu'aucune stratégie n'avait été élaborée ou mise en œuvre, dans la mesure où il aurait été possible de le faire, pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente qui avait déjà adopté de tels comportements.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 59b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on prenne, à l'égard d'une personne résidente, des mesures visant à réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre cette personne et d'autres personnes résidentes, notamment en identifiant et en mettant en œuvre des interventions.

Une altercation entre des personnes résidentes a provoqué la chute d'une de ces personnes, qui a subi une blessure. En examen les dossiers correspondants, on a constaté que dans le cas de l'une des personnes résidentes concernées, qui avait des antécédents de comportements réactifs, on avait omis de réaliser des évaluations ou de documenter des interventions visant à répondre à ses besoins.

Sources : Incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel; politique à propos des expressions réactives (date

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

d'approbation de la révision : janvier 2025).

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 96(2)b) 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 :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre des marches à suivre afin de voir à ce que l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer soient maintenus en bon état.

Selon la politique du foyer à propos de la sécurité des démarches de levage et de transfert, les membres du personnel doivent remplir une liste de vérification d'inspection au début de chaque quart de travail; de même, il faut éviter que les lève-personnes présentant des défaillances soient utilisés tant que des mesures correctives n'ont pas été prises ou que des travaux d'entretien n'ont pas été effectués.

À plusieurs dates, on a documenté des défaillances touchant la télécommande du lève-personnes. La ou le DSi a reconnu qu'on se servait de ce lève-personnes pour transférer une personne résidente, et ce, même si des défaillances avaient été documentées. De même, la personne responsable des services environnementaux a confirmé qu'elle n'avait pas été informée de ces défaillances.

Sources : Liste de vérification pour l'inspection quotidienne des lève-personnes plafonniers portables; entretiens avec la personne résidente concernée, la ou le DSi et la personne responsable des services environnementaux.