

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 4 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1139-0004

Type d'inspection :

Incident critique

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 Aurora, Aurora

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 4 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Une demande liée à des mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel
- Une demande liée à la chute d'une personne résidente ayant entraîné un changement de son état

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes. Un incident lié à des mauvais traitements d'ordre physique infligés par un membre du personnel à une personne résidente s'est produit. L'infirmière autorisée et le gestionnaire de garde du foyer en ont été informés. Le membre du personnel impliqué dans l'incident a continué à prodiguer des soins jusqu'à la fin de son quart de travail.

Sources : Politiques; rapport d'incident critique; notes de l'enquête interne; entretien avec le directeur des soins.

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

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement un incident de mauvais traitements d'ordre physique infligés par un membre du personnel à une personne résidente à une date précise, transmettant le rapport d'incident critique le lendemain de l'incident. Le directeur des soins a confirmé que le personnel n'avait pas immédiatement informé le directeur des mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel.

Sources : Politiques; rapport d'incident critique; entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) 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 :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente soit réévaluée chaque semaine. Une première évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique a été réalisée à une date précise, mais aucune autre n'a été effectuée.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies; entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 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

Programme de prévention et de 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 au respect de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur.

À une date précise et dans une section accessible aux personnes résidentes précise où des personnes résidentes faisaient l'objet de précautions supplémentaires, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'exigence supplémentaire 6.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), selon laquelle il est tenu d'assurer un accès adéquat aux équipements de protection individuelle (EPI), plus précisément à toutes les tailles de gants. Lors d'une observation de la section accessible aux personnes résidentes

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

précisée, il a été constaté que plusieurs personnes résidentes faisaient l'objet de précautions supplémentaires et que toutes les tailles de gants n'étaient pas accessibles au point de service. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 104 n'a pas réussi à trouver une taille particulière de gants dans l'unité. Des gants de cette taille se trouvaient dans l'entrepôt au sous-sol, mais la recherche a pris un certain temps. Pour le personnel de l'unité, des gants de toutes tailles étaient difficilement accessibles.

Sources : Observations; entretiens avec la personne responsable de la PCI et l'IAA n° 104.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), selon laquelle il doit veiller à ce que les précautions supplémentaires comprennent, au minimum, d'autres exigences en matière d'EPI, dont le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de l'EPI. Dans la chambre d'une personne résidente, des affiches indiquaient que des précautions supplémentaires particulières étaient en place. Celles-ci fournissaient des instructions pour l'élimination des EPI. À une date précise, il a été constaté que les EPI n'avaient pas été éliminés correctement.

Sources : Observations; entretiens avec la personne préposée aux services de soutien personnel n° 101 et la personne responsable de la PCI.