

Rapport public

Date de publication du rapport : 27 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1150-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (No. 6) LP by its general partner, Southbridge Care Homes (a limited partnership, by its general partner, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : The Palace, Alexandria

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23, 24, 25, 26 et 27 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Le registre n° 00146452 – (SIC n° 2642-000018-25) ayant trait à un cas allégué de mauvais traitements envers une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- Le registre n° 00147981 (SIC n° 2642-000019-25) ayant trait à un cas allégué d'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.
- Le registre n° 00149095 (SIC n° 2642-000020-25) ayant trait à un cas allégué de mauvais traitements envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- Le registre n° 00149020 ayant trait à une plainte concernant plusieurs préoccupations relatives à des soins.

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 d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10). Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :
c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fût réexaminé et révisé quand le programme de traitement prévu dans le programme était inefficace.

L'évaluation de la peau d'une personne résidente avait établi une altération de l'intégrité épidermique déterminée. Un examen du registre électronique d'administration des traitements (RATe) révélait que la prestation des traitements n'avait pas lieu systématiquement comme le prévoyait le programme de soins provisoire.

La personne résidente a indiqué que les traitements n'étaient administrés qu'occasionnellement. Un membre du personnel a déclaré que la personne résidente refusait souvent le traitement.

Source : Dossiers d'évaluation de la peau et des plaies, notes d'évolution, ordonnance du médecin, RATE, et programme de soins. Entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de services de buanderie

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

Non-respect de la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

Paragraphe 34 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

1. Une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la description écrite du programme structuré de services de buanderie comporte des méthodes pour réduire les risques.

Les membres du personnel sont tenus de placer les vêtements et le linge des personnes résidentes dans des sacs avec code de couleur avant de les envoyer à la

buanderie.

Au cours de ce processus, on a laissé par mégarde des effets personnels d'une personne résidente dans la poche d'un vêtement, et ils ont été endommagés après avoir été envoyés à la buanderie. De même, des effets personnels de valeur d'une deuxième personne résidente ont également été laissés dans une poche de pantalons et lavés à la buanderie. Lors d'entretiens, des membres du personnel ont déclaré qu'une pratique exemplaire consisterait à vérifier et à vider les poches de tous les vêtements avant le blanchissage.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 58 (4) c) 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 :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, pour chaque personne résidente qui affichait des comportements réactifs, à documenter systématiquement les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention mises en œuvre.

Le programme de soins de la personne résidente pour les comportements réactifs en question comportait du soutien individuel de la part du personnel et une

cartographie des comportements visant à évaluer l'efficacité des mesures d'intervention mises en œuvre.

Un examen de la consignation des notes au dossier du Système d'observation de la démence (DOS) révélait des incohérences dans la documentation des comportements observés de la personne résidente et de ses réactions aux mesures d'intervention,

Sources : Notes d'évolution, rapport d'évolution de patient externe, programme de soins, et consignation des notes au dossier du DOS. Entretien avec un membre du personnel.