

# Ontario

**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

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403,  
Sudbury, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800-663-6965

<b>Rapport public initial</b>	
<b>Date d'émission du rapport :</b> 17 avril 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1549-0001	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Corporation du Comté de Simcoe	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Georgian Manor Home for the Aged, Penetanquishene	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Tracy Muchmaker (690)	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b> Tracy L Signé numériquement par Tracy L. Muchmaker Muchmaker .8
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Arash Pouralborz #000837 était présent lors de cette inspection.	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : Du 19 au 22 mars 2024

Les inspections concernaient :

- Trois inspections liées à des chutes ayant mené un transfert à l'hôpital;
- Une inspection liée à une éclosion de maladie.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403,  
Sudbury, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800-663-6965

## **RÉSULTATS DE L'INSPECTION**

### **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Non-conformité n° 001 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 6(7)**

Programme de soins

6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

Une personne résidente présentait un risque de chute, et son programme de soins comprenait des interventions de prévention des chutes pour prévenir d'autres chutes, y compris l'utilisation d'un appareil spécifié. Le programme de soins précisait que les membres du personnel devaient s'assurer que l'appareil était en état de fonctionnement. À une date précisée, on a documenté que l'appareil n'était pas en état de fonctionnement et que la personne résidente avait fait une chute plus tard dans la journée.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a déclaré ignorer depuis combien de temps l'appareil ne fonctionnait pas ce jour-là. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'appareil aurait dû fonctionner au moment de la chute, mais ne savait pas depuis combien de temps il ne fonctionnait pas.

La situation a eu une conséquence modérée pour la personne résidente, la personne ayant subi une chute qui a entraîné une blessure et un transfert à l'hôpital.

**Sources** : Documentation au point de service et notes sur les progrès de la personne résidente; entretiens avec les infirmières ou les infirmiers auxiliaires autorisés et le ou la DSI.

[690]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403,  
Sudbury, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800-663-6965

---

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Non-conformité n° 002 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(1)**

Prévention et gestion des chutes

54(1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer se conforme aux exigences énoncées dans son programme de prévention et de gestion des chutes alors qu'une personne résidente a fait une chute sans témoin.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis était tenu de s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer était respecté. Plus précisément, les membres autorisés du personnel n'ont pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; qui exigeait la mise en œuvre d'un type de surveillance spécifié si une personne résidente avait subi une chute sans témoin.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a subi deux chutes sans témoin, et un examen de l'outil de surveillance qui a été lancé après les deux chutes a révélé que la surveillance n'était pas entièrement mise en œuvre conformément à la politique de prévention des chutes du foyer.

La politique du foyer précisait que le personnel devait assurer la surveillance de toute personne résidente ayant subi une blessure spécifiée ou une chute sans témoin.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que la surveillance de la personne résidente n'était pas entièrement mise en lors des deux chutes comme elle aurait dû l'être.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403,  
Sudbury, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800-663-6965

Il y avait un risque modéré pour la personne résidente, car la surveillance n'était pas entièrement mise en œuvre et il y avait un risque que la personne résidente subisse un type précis de blessure à la suite de chutes sans témoin.

**Sources** : Dossiers de santé de la personne résidente; politique du foyer intitulée « Head Injury NPC E-20 », date de révision : 3 janvier 2024; entretiens avec une ou un IAA et la ou le DSI. [690]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Non-conformité n° 003 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de la disposition : 0. Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102(9)a)**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes soient surveillés à chaque quart de travail.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a commencé à présenter des symptômes spécifiques indiquant la présence d'une infection, et a été placée en isolement. Les notes de progrès ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de surveillance des symptômes lors de plusieurs quarts de travail où la personne résidente est demeurée en isolement.

Les membres autorisés du personnel ont confirmé que les membres du personnel devaient surveiller toutes les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection au moins une fois à chaque quart de travail, et qu'ils devaient

## Ontario

**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

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403,  
Sudbury, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800-663-6965

documenter l'évaluation. La ou le DSI a confirmé qu'il y avait eu des quarts de travail où la personne résidente a été isolée et qu'aucune surveillance des symptômes n'avait été effectuée.

Il y avait un risque modéré de ne pas surveiller les symptômes d'infection chez les personnes résidentes à chaque quart de travail, car il y avait un risque de changement dans l'état de santé de la personne résidente.

**Sources** : Liste des cas du foyer sur les éclosions de maladie; notes de progrès et évaluations d'une personne résidente au point de service; la politique du foyer intitulée « Infection Surveillance in Long Term Care Settings IPC C-05 », avec une date de révision du 1<sup>er</sup> décembre 2023; les entretiens avec les membres autorisés du personnel, le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (RPCI) et la ou le DSI.

[690]