

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 Nord

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 21 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1549-0003

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Corporation du Comté de Simcoe

Foyer de soins de longue durée et ville : Georgian Manor Home for the Aged,
Penetanguishene

RÉSUMÉ D'INSPECTION

Cette inspection a été réalisée entre le 29 juillet 2024 et le 2 août 2024. Les inspections concernaient :

- Une inspection relative à une éclosion de maladie entérique dans le foyer;
- Quatre inspections relatives à des allégations de mauvais traitements infligés aux personnes résidentes.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
Prévention des mauvais traitements de la négligence
(Prevention of Abuse and Neglect)

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 Nord

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

Non-respect de la disposition : 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé qui avait des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements étaient infligés aux personnes résidentes et avaient causé un préjudice aux personnes résidentes signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés à la directrice ou au directeur.

Justification et résumé

Une personne résidente a eu des comportements réactifs d'ordre physique causant une blessure à d'autres personnes résidentes.

Le rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur par le foyer une journée plus tard, lorsque le membre du personnel a cerné de possibles mauvais traitements dans les documents, pendant le rapport de quart de travail de travail sur 24 heures.

Le membre du personnel autorisé a reconnu ne pas avoir avisé le directeur ou la directrice ou l'infirmière autorisée (IA) parce qu'il était si occupé pendant ce quart de travail qu'il a oublié de le faire.

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 Nord

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

Une directrice des soins aux résidents (DSR) a vérifié que le membre du personnel autorisé aurait dû aviser immédiatement l'IA de l'incident, ce qui aurait entraîné un signalement immédiat au directeur ou à la directrice.

L'omission du foyer de s'assurer que le membre du personnel autorisé signale immédiatement au directeur ou à la directrice ses soupçons de mauvais traitements infligés aux autres personnes résidentes ne présentait pas de risque pour les personnes résidentes.

Sources : Dossiers de soins de santé d'une personne résidente; politique du foyer intitulée « Tolérance zéro des mauvais traitements et de la négligence » [Zero Tolerance of Abuse and Neglect], dernière révision le 1^{er} août 2023; un rapport d'IC; entretiens avec une DSR et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

par. 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 n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) mette en œuvre les stratégies élaborées pour gérer les comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une PSSP a omis de mettre en œuvre une intervention comportementale lorsqu'elle aidait une personne résidente à se déplacer.

Il y a eu un faible impact pour la personne résidente lorsque la PSSP n'a pas veillé à mettre en œuvre le programme sur les comportements réactifs.

Sources : Entretiens avec une DSR et d'autres membres du personnel; examen de dossier du programme de soins d'une personne résidente.

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 Nord

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

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents critiques

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

Non-respect de la disposition : 115(1)5 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents critiques

par. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer immédiatement le directeur de l'éclosion d'une maladie dans le foyer, au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé

L'unité de santé du District de Simcoe Muskoka a signalé une éclosion dans le foyer, pour laquelle une DSR a vérifié qu'elle avait été signalée au directeur par le foyer le lendemain.

Il y a eu un faible impact pour les personnes résidentes parce que le titulaire de permis n'a pas veillé à signaler l'éclosion immédiatement ou le même jour au directeur, puisque le foyer avait communiqué avec l'unité locale de santé publique pour gérer l'éclosion.

Sources : Un rapport d'IC; Liste de vérification sur la notification du contrôle des infections d'une éclosion pour le Gregorian Manor; Liste de vérification de gestion d'éclosion du centre de soins de santé de l'unité de santé pour le District de Simcoe Muskoka; Entretien avec une DSR et d'autres membres du personnel.