

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1549-0004

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

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 30 mai 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Deux signalements relatifs à des chutes de personnes résidentes ayant entraîné des blessures;
- Deux signalements liés à des mauvais traitements entre personnes résidentes; et,
- Un signalement lié à une allégation de soins inadéquats prodigués à une personne résidente par le personnel.

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

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité no 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de

la LRSLD (2021). **Non-conformité à : la disposition 6 (10) b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit révisé lorsqu'un changement est survenu dans les besoins en soins de trois personnes résidentes.

a) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle devait bénéficier d'une intervention spécifique pendant une durée déterminée; cependant, cette intervention a été modifiée, et le programme de soins n'a pas été révisé avant d'être identifié par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Sources : Rapport d'incident critique (IC); observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; dossiers cliniques d'une personne résidente; et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel autorisé, ainsi que l'administratrice ou l'administrateur.

Date de mise en œuvre de la rectification : 28 mai 2025

b) Deux personnes résidentes ont eu des interventions ajoutées à leur programme de soins, et ces interventions sont restées en place au moment de l'inspection. Cependant, le personnel de soins directs et le personnel autorisé se sont souvenus que les interventions n'étaient pas efficaces pour l'une des personnes résidentes, et l'autre n'avait pas eu besoin de l'intervention à tout moment. Le programme de soins des personnes résidentes a été révisé pour refléter leurs besoins actuels.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; programme de soins pour deux personnes résidentes; et entretiens avec le personnel de soins directs et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 29 mai 2025

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins

LRSLD (2021).

Non-conformité à : la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021) 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 énoncés dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à la personne résidente tel que spécifié dans le programme.

Lors de l'inspection, le programme de soins stipulait que la personne résidente devait bénéficier d'interventions particulières à des moments précis, selon un protocole établi. À deux occasions distinctes, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté l'absence des interventions spécifiques prévues pour la personne résidente, aux moments prescrits par son programme de soins.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; programme de soins d'une personne résidente; et entretiens avec la directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes (DSPR) et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes Problème de conformité no 003 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-conformité à : la disposition 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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. Par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer en ce qui concerne la gestion post-incident pour deux personnes résidentes.

En vertu de l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis avait l'obligation d'élaborer des politiques et des protocoles pour le programme de prévention et de gestion des chutes, ainsi que de veiller à leur application.

Plus précisément, le personnel a omis de se conformer à la politique du titulaire de permis intitulée « Programme de gestion des chutes », en n'appliquant pas l'intervention prescrite suite aux chutes survenues chez deux personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer intitulée « Programme de gestion des chutes »; et entretiens avec le personnel autorisé et la ou le DSPR.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité no 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-conformité à : l'al. 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

55 (2) Tout titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée s'assure que, b) une personne résidente présentant une altération de l'intégrité de la peau, y compris une dégradation de la peau, des lésions de pression, des déchirures cutanées ou des plaies, (ii) reçoit un traitement et des interventions immédiats pour réduire ou soulager la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, au besoin,

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de soins de la peau du foyer en ce qui concerne la politique d'évaluations et de renvois pour une personne résidente.

En vertu de l'al. 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis avait l'obligation d'élaborer des politiques et des protocoles pour le programme de soins de la peau et des plaies, et de garantir leur mise en application effective.

En particulier, le personnel a contrevenu à la politique du titulaire de permis intitulée « Programme de soins de la peau » en omettant d'effectuer un renvoi et de procéder à l'évaluation de la personne résidente dans les délais prescrits suite à une chute.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer intitulée « Programme de soins de la peau »; et entretiens avec le personnel autorisé et la ou le DSPR.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

NC n° 005 Avis écrit délivré conformément au par. 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

58 (4) Le titulaire de permis s'assure que, pour chaque personne résidente présentant des comportements réactifs, b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour répondre à ces comportements, lorsque cela est possible.

Le titulaire de permis a manqué à son obligation de garantir la mise en œuvre des stratégies élaborées pour une personne résidente lorsque celle-ci a manifesté des comportements réactifs.

Une interaction entre deux personnes résidentes a nécessité l'application d'une intervention spécifique pour une période définie. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté l'absence de l'intervention spécifique pour la personne résidente au moment où celle-ci était censée être appliquée.

Sources : Rapport d'IC; observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; dossiers cliniques d'une

personne résidente; notes d'enquête interne; et entretiens avec le personnel de soins directs et les DSPR.