

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 7 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1198-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Arnprior Regional Health

Foyer de soins de longue durée et ville : The Grove Nursing Home, Arnprior

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 5, 6 et 7 novembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00123963 – mauvais traitements d'ordre sexuel présumés envers une personne résidente de la part d'une personne résidente;
- ; registre n° 00129536 – mauvais traitements d'ordre sexuel présumés envers une personne résidente de la part d'une personne résidente.

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

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

## Non-respect des exigences rectifié

Un non-respect a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a rectifié avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) 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, paragraphe 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections fussent respectées. Plus précisément, il n'a pas respecté la Norme de PCI comme suit :

9.1 Le titulaire de permis veille au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI.

Au minimum, les précautions supplémentaires comportent ce qui suit : e) des affiches au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI sont en place. Elles n'étaient pas en place pour deux chambres de personne résidente.

Le foyer a placé les affiches au point de service dans les deux chambres concernées, le 5 novembre 2024, avant que l'inspectrice termine l'inspection

Sources : Observations de l'inspectrice, entretien avec la ou le responsable de la PCI et l'administratrice ou l'administrateur.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 5 novembre 2024.

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

Avis écrit n° 002 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

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 fait rapport d'un incident allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel entre deux personnes résidentes qui s'était produit à une date déterminée en octobre 2024.

Sources : Dossiers cliniques de deux personnes résidentes, notes d'enquête de la ou du DASI, entretien avec une ou un IAA, le ou la DASI et un autre membre 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 la disposition **58 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

4. Des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des protocoles soient adoptés pour diriger vers des ressources spécialisées les personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs. Plus précisément, il n'a pas dirigé deux personnes résidentes vers le personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) du foyer, ou vers le service de santé mentale gériatrique (SMG) après un incident de conduite sexuelle alléguée lors de deux dates déterminées en octobre 2024.

Sources : Dossiers cliniques de deux personnes résidentes, entretiens avec un membre du personnel du Projet OSTC, la ou le DSI et un autre membre du personnel.