

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : 888-432-7901

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 18 décembre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1395-0005**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : 2063415 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de 2063415 Investment LP**Foyer de soins de longue durée et ville :** Maple Grove Community, Brampton**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2 au 4, 6, 10, 12 et 13 décembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 2 décembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plaintes n° 00126796, n° 00128640, n° 00130025, n° 00130336, n° 00130813 et n° 00131808, concernant des préoccupations au sujet des soins et des services de soutien pour une personne résidente.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel positionne une personne résidente de façon sécuritaire pendant les soins.

Un rapport du système d'incident critique (SIC) indiquait des préoccupations concernant les soins d'une personne résidente.

Une personne résidente devait se trouver dans une position précise pour manger et boire en raison de son état médical. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) administrait un médicament et n'a pas positionné la personne résidente de façon appropriée.

L'IA a admis qu'elle ou il aurait dû relever la tête du lit avant de donner le médicament et de l'eau à la personne résidente.

Ne pas placer la personne résidente dans une position verticale avant de lui donner un médicament et de l'eau a mis cette personne à risque.

Sources : Un rapport du SIC, des images d'une vidéo de surveillance, les dossiers cliniques d'une personne résidente et des entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**Programmes obligatoires**

Par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Disposition 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22; article 10 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plainte de douleur d'une personne résidente soit signalée.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le personnel applique le programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la prendre en charge.

La politique du foyer « Pain and Symptom Management » [gestion de la douleur et des symptômes] indique que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent signaler toute personne résidente qui verbalise un inconfort ou de la douleur au personnel autorisé.

Une personne résidente a verbalisé à une PSSP qu'elle avait de la douleur. La PSSP a dit ne pas avoir signalé la douleur de la personne résidente au personnel autorisé. Ce n'est qu'au quart de travail suivant, lorsque la personne résidente a parlé de sa douleur à une autre PSSP, que la personne résidente a reçu un moyen de gestion de la douleur.

Ne pas signaler la douleur de la personne résidente au personnel autorisé a retardé le suivi afin de gérer la douleur de la personne résidente.

Sources : Un rapport du SIC, les dossiers cliniques d'une personne résidente, la politique « Pain and Symptom Management » [gestion de la douleur et des symptômes] du foyer et entretiens avec le personnel.[606]