

Rapport public

Date d'émission du rapport : 8 avril 2025

Numéro d'inspection : 2025-1381-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Fondation Mon Sheong

Foyer de soins de longue durée et ville : Mon Sheong Richmond Hill Long Term Care Centre, Richmond Hill

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 26 au 28 et 31 mars 2025 et 1^{er} au 3 et 8 avril 2025

L'inspection concernait :

Un dossier en lien avec l'éclosion d'une maladie

Un dossier en lien avec une blessure de cause inconnue subie par une personne résidente

Un dossier en lien avec des soins fournis de manière inappropriée à une personne résidente

Un dossier en lien avec la chute d'une personne résidente

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Soins de la peau et prévention des plaies

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi*

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 96(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre, à l'endroit d'une personne résidente, une intervention de prévention des chutes spécifique prévue dans le programme de soins de cette personne.

Selon le programme de soins de la personne résidente, à titre de mesure de sécurité, des dispositifs spécifiques doivent être allumés et en bon état de fonctionnement lorsque la personne résidente est au lit afin de prévenir les chutes.

La personne résidente a fait une chute sans témoin, et les notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente et la documentation concernant la gestion des risques de celle-ci indiquent qu'aucun dispositif de prévention des chutes n'était activé lorsque la personne est tombée.

Dans un entretien, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé n° 104, qui était sur les lieux au moment de l'incident, a confirmé que les dispositifs de prévention des chutes ne fonctionnaient pas au moment de l'incident.

Sources : Rapport d'incident critique; documentation électronique de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 6(2) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

résidente soit fondé sur une évaluation par la ou le physiothérapeute.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent que la ou le physiothérapeute a évalué la personne résidente et a recommandé l'utilisation d'un dispositif spécifique pour les transferts. Le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour le même jour, mais il ne reflétait pas les recommandations de la ou du physiothérapeute à l'issue de son évaluation.

La directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes a confirmé que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mis à jour pour refléter les recommandations découlant de l'évaluation de la ou du physiothérapeute.

Sources : Rapport d'incident critique; documentation électronique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 3(1)1 de la LRSLD

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on traite une personne résidente avec courtoisie et respect pendant que l'on fournissait des soins.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant des soins fournis de manière inappropriée à la personne résidente. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent que le mandataire spécial de la personne résidente a remarqué des signes de négligence. Le foyer a mené une enquête interne qui a confirmé que la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 110 a prodigué des soins de façon brusque et négligente à la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique; documentation électronique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel et note d'enquête interne du foyer.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 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 a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils et des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique à propos d'une personne résidente qui avait subi une blessure de cause inconnue. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent que celle-ci a été évaluée par la ou le physiothérapeute, qui a recommandé l'utilisation d'un appareil spécifique pour les transferts. Le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour le même jour, mais il ne reflétait pas les recommandations de la ou du physiothérapeute à l'issue de son évaluation.

La directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes a confirmé que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mis à jour pour refléter les recommandations découlant de l'évaluation de la ou du physiothérapeute et que les membres du personnel avaient utilisé les mauvaises techniques de transfert.

Sources : Rapport d'incident critique; documentation électronique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.