

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1022-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : ATK Care Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : River Glen Haven Nursing Home, Sutton West

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 21 au 24 janvier 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 24 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier à propos de la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Un dossier à propos d'une plainte en lien avec des allégations de mauvais traitements à l'endroit d'une personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité no 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 6(1)c) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce

que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne, plus particulièrement en ce qui concerne les instructions relatives aux interventions de prévention des chutes. En effet, les dossiers médicaux de la personne résidente contenaient des instructions contradictoires à propos de ces interventions.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente; démarche d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une stratégie visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, de même qu'au recours à un appareil d'intervention spécifique de prévention des chutes à l'égard d'une personne résidente.

Dans les dossiers médicaux d'une personne résidente, il était indiqué que cette personne était visée par le programme de prévention des chutes du foyer. On a omis de mettre en œuvre une stratégie visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets conformément au processus interne du foyer, ce que prévoyait pourtant le programme.

Dans les dossiers médicaux d'une personne résidente, il y avait des instructions à propos du recours à un appareil d'intervention spécifique de prévention des chutes. À

une date donnée, on a vu que l'appareil d'intervention n'était pas en place pour la personne résidente.

Sources : Démarche d'observation; dossiers médicaux d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.