Ontario

Rapport d'inspection prévu par la

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 décembre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1364-0007

Type d'inspection :
Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation à titre d'associé commandité de The Royale Development LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Granite Ridge Community, Stittsville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : **du 3 au 6, du 9 au 13 et du 16 au 20 décembre 2024.**

Cette inspection de suivi concernait :

- le registre nº 00123993 – suivi nº 1 de l'ordre de conformité (OC) nº 001 émis dans le cadre de l'inspection 2024-1364-0004, ayant trait à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une date d'échéance de mise en conformité au 30 octobre 2024.

Cette inspection relative à des plaintes concernait :

- le registre nº 00130057 – ayant trait à des préoccupations relatives à des allégations de négligence envers une personne résidente;
- le registre nº 00132520 – ayant trait à des préoccupations relatives à des allégations de mauvais traitements, et aux soins fournis à une personne résidente;

- le registre nº 00132921 – ayant trait à des préoccupations relatives aux températures ambiantes, aux services de buanderie et aux services de restauration.

Cette inspection d'incidents critiques (IC) concernait :

- le registre nº 00129586 – ayant trait à un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel;
- les registres nº 00130628, nº 00131109 et nº 00131564 – ayant trait à des cas allégués de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente;
- les registres nº 00132377, nº 00132518 et nº 00133338 – ayant trait à des cas allégués de mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre nº 001 émis dans le cadre de l'inspection nº 2024-1364-0004 concernant l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité nº 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)
Programme de soins
Paragraphe 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 consistant à effectuer des évaluations de routine pour traumatisme crânien prévues dans le programme de soins fussent fournis à une personne résidente, tel que le précisait le programme de soins.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les évaluations de 72 heures pour traumatisme crânien fussent effectuées pendant les périodes de quatre heures nécessitant des évaluations horaires, à une date déterminée et lors d'un quart de travail déterminé d'une date déterminée comme l'a confirmé une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers (DASI).

Source : Dossiers médicaux d'une personne résidente, dossier de surveillance des

traumatismes crâniens, entretien avec une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) et une ou un DASI.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect du paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)
Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
Paragraphe 25 (1). Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Plus précisément, un membre du personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis nº VII-G-10.00 intitulée politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente (*Prevention of Abuse & Neglect of a Resident Policy),* révisée pour la dernière fois en novembre 2024. Conformément à la marche à suivre, tout membre de l'équipe qui observe ou soupçonne un incident de mauvais traitements d'une personne résidente par qui que ce soit devrait « informer immédiatement l'infirmière ou l'infirmier responsable ». Le membre du personnel a déclaré qu'il n'avait pas immédiatement fait rapport d'un incident allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre

du personnel, seulement environ une semaine plus tard.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête interne, et entretiens avec un membre du personnel et une ou un chef de bureau.

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

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit 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.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de négligence envers une personne résidente. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport d'un incident allégué de négligence envers une personne résidente qui s'était produit à une date déterminée, et pour lequel une ou un DASI a confirmé qu'il n'avait jamais été signalé au directeur.

Sources : Examen du portail des foyers de SLD de l'Ontario et entretien avec une ou un DASI.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de mauvais traitements envers une personne résidente. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport d'un incident allégué de mauvais traitements d'une personne résidente qui s'était produit à une date déterminée, et pour lequel une ou un DASI a confirmé que l'on en avait fait rapport au directeur avec retard.

Sources : examen d'un rapport d'incident critique, entretien avec une ou un DASI.

C) Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident soupçonné de cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport d'un incident soupçonné de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente. L'incident a eu lieu à une date déterminée et on en a fait rapport deux jours plus tard.

Sources : Rapport d'incident critique, entretien avec une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), avec un membre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), et une ou une DASI.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect **de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4). Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :
b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies pour gérer les comportements réactifs d'une personne résidente fussent mises en œuvre pendant un bain à une date déterminée. Plus précisément, on n'a pas eu recours à une stratégie du comportement mentionnée dans le programme de soins d'une personne résidente quand celle-ci a commencé à afficher des comportements réactifs envers le personnel pendant le bain. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré qu'elle avait continué de donner le bain même si la personne résidente affichait ces comportements. Le membre du Projet OSTC a reconnu que le membre du personnel aurait dû respecter la stratégie figurant dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, et entretiens avec des PSSP et un membre du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité nº 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect **de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Comportements réactifs
Paragraphe 58 (4). Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :
c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du

résident aux interventions sont documentées.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente affichait des comportements réactifs, à ce que l'on analysât, lors des réévaluations de la personne résidente, l'outil de cartographie du Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario qui avait été mis en place.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, feuilles de travail du BSO-DOS©, entretien avec un membre du Projet OSTC et une ou un DASI.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente affichait des comportements réactifs pendant une altercation avec une autre personne résidente camarade de chambre, à ce que les renseignements recueillis dans l'outil de cartographie du BSO-DOS© qui avait été mis en place fussent analysés dans le cadre de la réévaluation de la personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, feuille de travail du BSO-DOS©, et entretien avec un membre du Projet OSTC.

C) Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente différente affichait des comportements réactifs pendant une altercation avec une autre personne résidente camarade de chambre, à ce que les renseignements recueillis dans l'outil de cartographie du BSO-DOS© qui avait été mis en place fussent analysés dans le cadre de la réévaluation de la personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, feuille de travail du BSO-DOS©, et entretien avec un membre du Projet OSTC.

D) Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque deux personnes résidentes affichaient des comportements réactifs, à ce que l'on analysât, lors des réévaluations des personnes résidentes, les outils de cartographie du BSO-DOS© qui avaient été mis en place.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes, et entretiens avec une ou un IAA et une ou un DASI.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité nº 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
Non-respect de la disposition **79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**
Service de restauration et de collation
Paragraphe 79 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la soupe d'une personne résidente fût servie à une température sûre et appétissante. On avait servi à la personne résidente une soupe dont la température initiale avant le service était de 173 degrés Fahrenheit (F) et le temps qu'une PSSP fournît de l'aide, la température de la soupe était de 120 degrés Fahrenheit. La personne résidente a indiqué que si on ne lui fournissait pas de l'aide quand on la servait, la soupe pouvait être froide.

Sources : Entretiens avec une personne résidente, une PSSP, et examen des relevés des températures.

AVIS ÉCRIT : Services de buanderie

Problème de conformité nº 007 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect **de l'alinéa** 95 (1) b) **du Règl. de l'Ont. 246/22**
Services de buanderie
Paragraphe 95 (1). Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un approvisionnement suffisant en débarbouillettes et serviettes de bain fût toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les personnes résidentes. Deux PSSP ont indiqué qu'elles manquaient fréquemment de serviettes et devaient se rendre dans d'autres unités ou à la buanderie pour prendre des serviettes supplémentaires afin de fournir des soins aux personnes résidentes. La directrice ou le directeur des services de l'environnement a indiqué avoir effectué, lors d'un mois donné, une vérification qui indiquait qu'il y avait une pénurie de serviettes. On avait alors commandé des serviettes supplémentaires, mais au 6 décembre 2024, ces serviettes n'avaient pas encore été livrées au foyer, car elles étaient en rupture de stock.

Sources : Entretiens avec des PSSP, avec du personnel de la buanderie et la directrice ou le directeur des services de l'environnement.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité nº 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) **du Règl. de l'Ont. 246/22**
Entreposage sécuritaire des médicaments
Paragraphe 138 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
(ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un chariot à médicaments fût sûr et verrouillé. À une date et à une heure déterminées, on a observé un chariot à médicaments déverrouillé dans le corridor, devant une salle à manger. Une ou un IAA a indiqué avoir oublié de verrouiller le chariot à médicaments lors de l'administration des médicaments à des personnes résidentes dans la salle à manger. Toutes les personnes résidentes étaient dans la salle à manger au moment de l'observation.

Sources : Observation à une date déterminée.