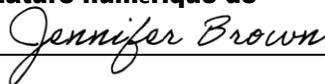


Ministère des Soins de longue durée

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

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 29 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1373-0002	
Type d'inspection : Plainte d'incident critique	
Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses partenaires généraux, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.	
Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Woodhaven, Markham	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Jennifer Brown (647)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur 
Autres inspectrices ou inspecteurs Asal Fouladgar (751)	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION
<p>L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 avril, 1^{er}, 2, et 6 au 9 mai 2024.</p> <p>Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les dossiers : n° 00021674, n° 00090754 et n° 00109477 – relatifs à la prévention des mauvais traitements et de la négligence Les dossiers : n° 00096576, n° 00104169, et n° 00110936 – relatifs à une chute ayant entraîné des blessures, Les dossiers : n° 00102517, n° 00110340, et n° 00112267 – relatifs à une blessure de cause inconnue, Le dossier : n° 00108265 – relatif à la disparition d'une personne résidente,

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

Le dossier : n° 00109757 – relatif à des comportements réactifs et le repos
ainsi que les routines au coucher, et
Le dossier : n° 00113228 – relatif au personnel, aux comportements réactifs, à l'alimentation et l'hydratation, ainsi qu'aux loisirs et activités sociales.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Personnel, formation et normes de soins

Loisirs et activités sociales

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

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

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP)

L'article 2 du règlement 246/22 de l'Ontario définit les mauvais traitements d'ordre physique comme « de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur », et le mauvais traitement d'ordre affectif comme « gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident ».

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis, indiquant qu'une personne résidente avait signalé à une infirmière autorisée (IA) et à une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) qu'elle avait été agressée par une PSSP.

La personne résidente a déclaré que la PSSP lui prodiguait des soins brutaux. Lorsque la personne résidente a tendu la main vers le téléphone pour « appeler à l'aide », la PSSP lui a retiré le téléphone des mains puis l'a menacé.

Veillez noter que la PSSP n'était pas présente lors de cette 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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les notes d'enquête du foyer et les entretiens avec l'IA et le directeur des soins infirmiers (DSI) indiquent que la PSSP a été physiquement et émotionnellement violente envers la personne résidente alors qu'elle lui prodiguait des soins brutaux. Lorsque la personne résidente s'est énervée et a résisté aux soins, la PSSP a menacé la personne résidente d'appeler la « police ».

Les soins brutaux de la part de la PSSP ont causé des blessures à la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la personne résidente, l'IA, l'IAA et le DSI. [751]

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 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 veillé à ce qu'une personne ayant des motifs

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

raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente est victime de mauvais traitements de la part du personnel signale immédiatement à la directrice ses soupçons et les renseignements au directeur.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique et d'ordre verbale entre un membre du personnel et une personne résidente.

Une PSSP a déclaré avoir observé l'incident, mais ne pas l'avoir signalé immédiatement à l'infirmier ou l'infirmière responsable. L'incident a été signalé pour la première fois par l'intermédiaire du centre d'appel quelques heures plus tard, le même jour.

Les dossiers cliniques de la personne résidente ont fait état d'une évaluation de la douleur et de la peau effectuée par le personnel autorisé après l'appel au centre d'appel.

Le fait de ne pas signaler immédiatement un incident de mauvais traitement d'ordre physique ou d'ordre verbal à l'encontre d'une personne résidente, l'expose à un risque supplémentaire de préjudice de la part du personnel incriminé.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, dossier clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [751]

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

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Prévention et gestion des chutes

Par. 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'utilisation de l'équipement, des fournitures, des appareils et d'accessoires fonctionnels pour une personne résidente.

Résumé et justification

Un rapport d'incident critique a été soumis indiquant qu'une personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure.

Une personne résidente a été observée sur une chaise dans le salon de télévision. Le fauteuil était équipé d'un dispositif de prévention des chutes, mais celui-ci n'était pas connecté.

Le programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci présente un risque élevé de chute et qu'elle doit avoir le dispositif en place lorsqu'elle est dans son fauteuil en raison de son agitation et d'une chute antérieure ayant causé une blessure.

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

Une ou un IAA a confirmé le risque élevé de chute de la personne résidente et le risque de chute antérieur, et a également indiqué que le dispositif devait être connecté pour alerter le personnel au cas où la personne résidente s'agiterait, essaierait de se lever de sa chaise ou tomberait.

Il y avait un risque pour la personne résidente lorsque le dispositif n'était pas connecté en raison du risque élevé de chutes de la personne résidente et d'une chute antérieure qui avait entraîné une blessure. Le personnel n'aurait pas été alerté de la chute de la personne résidente sans ces connexions.

Sources : Rapport d'incident critique, programme de soins, observations, entretiens avec une ou un IA et une PSSP. [647]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Alinéa 102 (2) (b) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre.

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

Plus précisément, le paragraphe 9.1 (f) de la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les établissements de soins de longue durée stipule qu'il faut au minimum prendre des précautions supplémentaires, notamment en choisissant et en appliquant de manière appropriée l'équipement de protection individuelle (EPI).

Justification et résumé

Une personne résidente en isolement a été observée assise dans sa chambre avec un visiteur. Le visiteur ne portait pas l'EPI requis.

Une ou un IAA a vérifié que la personne résidente recevait la visite de son mandataire spécial dans la chambre d'isolement. Le mandataire spécial avait été informé que la personne résidente faisait l'objet de précautions supplémentaires, qu'une affiche avait été apposée sur la porte de la personne résidente et que l'EPI avait été fourni avec des directives sur la façon de l'enfiler et de l'enlever.

Le dossier médical clinique a confirmé que la personne résidente faisait l'objet de précautions d'isolement.

Le fait de ne pas veiller à ce que les visiteurs du foyer portent l'EPI approprié lorsqu'ils entrent dans les chambres de personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires a exposé le foyer à un risque de propagation des infections.

Sources : Observation des visiteurs et entretien avec le personnel. [751]