

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1451-0005

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : The Mennonite Home Association of York County

Foyer de soins de longue durée et ville : Parkview Home Long-Term Care,
Stouffville

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 8 et du 11 au 15 août 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à une allégation de mauvais traitements
- Un dossier lié à une chute avec blessure
- Un dossier lié à une blessure d'origine inconnue
- Un dossier lié à une chute avec blessure

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de prévention des chutes utilisé par le personnel auprès d'une personne résidente, dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes, soit approprié pour la personne résidente compte tenu de son état.

Le programme de soins de la personne résidente contenait des instructions d'utilisation d'équipements précis liés à la prévention des chutes. L'équipement approprié pour la personne résidente n'était pas en place lors d'une observation. L'infirmier ou l'infirmière-ressource/le ou la responsable de la prévention des chutes du foyer a reconnu que l'équipement ne serait probablement pas efficace pour la personne résidente. L'évaluation du caractère approprié/de l'efficacité de l'équipement n'a pas eu lieu et d'autres mesures d'intervention n'ont pas été envisagées.

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

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-respect n° 002 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

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque les stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la mise en place d'équipement de prévention des chutes, n'ont pas été mises en œuvre conformément à l'évaluation du risque de chute d'une personne résidente à une date précise.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer (Falls Prevention and Management Program) soient respectées.

Plus précisément, la politique du foyer relative au programme de prévention des chutes précise que chaque personne résidente présentant un risque élevé de chute bénéficiera d'un programme de soins provisoire, interdisciplinaire et centré sur la personne résidente et que ce programme doit prévoir des mesures d'intervention visant à réduire les chutes et à atténuer les complications qui en découlent.

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un certain niveau de risque de chute à une date précise, mais aucune des mesures d'intervention définies pour une personne résidente présentant ce niveau de risque de chute n'a été mise en œuvre. L'infirmier ou l'infirmière-ressource/le ou la responsable de la prévention des chutes du foyer a reconnu que davantage de mesures d'intervention auraient dû être mises en œuvre à la suite de l'évaluation de la personne résidente ainsi qu'après que celle-ci a fait une chute sans témoin à une date précise, mais que cela n'a pas été fait.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, politique du programme de prévention des chutes du foyer (Fall Prevention Program) et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

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

LRS LD (2021)

Non-respect de : l'article 112 du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112

(1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

1. Une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.
2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :

i. le nom de tous les résidents impliqués dans l'incident,

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,

ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,

iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,

iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes,

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

4. Une analyse et les mesures de suivi, notamment :

i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,

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

ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récidive.

5. Les nom et titre de la personne qui fait rapport au directeur, la date du rapport et une mention indiquant si un inspecteur a été contacté et, le cas échéant, la date de la prise de contact et le nom de l'inspecteur.

(2) Sous réserve du paragraphe (3), le titulaire de permis doit faire rapport dans les 10 jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance de l'incident présumé, suspecté ou dont il a été témoin, ou à une date antérieure si le directeur ou la directrice l'exige.

(3) S'il n'est pas possible de fournir tout ce qu'exige le paragraphe (1) dans un rapport dans les 10 jours, le titulaire de permis fait un rapport préliminaire au directeur dans ce délai et lui présente un rapport final dans le délai que précise le directeur.

Le titulaire de permis n'a pas présenté au directeur ou à la directrice le rapport écrit exigé en vertu du paragraphe 27 (2) de la Loi, qui comprend une description de l'incident, une description des personnes impliquées dans l'incident, les mesures prises par suite de l'incident, ainsi que l'analyse et les mesures de suivi relatives à un incident allégué ou soupçonné de mauvais traitements d'une personne résidente par une autre personne résidente à une date précise. Une interaction entre personnes résidentes s'est produite et un membre du personnel a fait rapport de mauvais traitements allégués ou soupçonnés par l'intermédiaire de la ligne de service après les heures de bureau. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) du foyer a indiqué qu'il n'a pas été nécessaire de rédiger un rapport d'incident critique, car il a été établi que la blessure de la personne résidente était antérieure à l'interaction.

Sources : rapport de la ligne de service après les heures de bureau et entretien avec le ou la DSI du foyer.

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