

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 juillet 2025

Numéro d'inspection : 2025-1625-0004

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Municipalité régionale de Durham

Foyer de soins de longue durée et ville : Hillsdale Terraces, Oshawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 11 et du 15 au 17 juillet 2025

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : 14 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Deux dossiers concernant de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'encontre d'une personne résidente par une autre personne résidente.
- L'un des dossiers concernait le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.
- Un dossier concernant une personne résidente manquante.

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

Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit supervisée lorsqu'elle se trouvait à l'extérieur, sur la terrasse réservée aux personnes résidentes. Des images vidéo ont montré la personne résidente sans supervision sur la terrasse extérieure et s'enfuyant par la suite en escaladant une clôture. La personne résidente a été retrouvée plus tard hors du foyer de soins de longue durée (FSLD). La porte de la terrasse n'était pas verrouillée et aucune supervision du personnel n'a été observée au moment de l'incident. Le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a reconnu que la personne résidente aurait dû être supervisée lorsqu'elle se trouvait sur la terrasse.

Sources : Vidéo, rapport d'incident critique et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 002 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

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

b) 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 l'alinéa 9.1 (f) de la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) soit correctement respecté. Lorsqu'un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a quitté la chambre d'une personne résidente en appliquant les précautions contre les contacts et est entré(e) dans la zone de télévision, il ou elle portait la même blouse et les mêmes gants. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a reconnu qu'il s'agissait d'une non-conformité au programme de PCI 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

Source : Programme de PCI du foyer, observation de l'IAA, entretiens avec l'IAA et le ou la responsable de la PCI.

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