

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public**Date d'émission du rapport** : 14 mai 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1202-0003**Type d'inspection** :

Incident critique

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East), une société en commandite, par son partenaire général, Omni Quality Living (East) GP Ltd.**Foyer de soins de longue durée et ville** : Frost Manor, Lindsay**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 5 au 8 mai 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 12 mai 2025

L'inspection concernait :

- Dossier n° 00138249 – Dossier en lien avec la défaillance du système de gicleurs
- Dossiers n° 00145130 et n° 00145698 – Dossiers en lien avec des altercations entre personnes résidentes.

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

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**Problème de conformité n° 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 28(1)2 de la LRSLD**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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 a omis de veiller à ce qu'on fasse part immédiatement à la directrice ou au directeur d'un cas où une personne résidente a fait une chute parce qu'elle a été poussée par une autre personne résidente.

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé ne pas avoir signalé immédiatement au ministère le cas où la personne résidente a fait une chute parce qu'elle a été poussée par une autre personne résidente. L'administratrice ou l'administrateur a présenté le rapport d'incident critique trois jours plus tard.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; rapport d'incident critique, entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on remplisse intégralement les feuilles de collecte de données en lien avec les dossiers concernant une personne résidente du système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

On a présenté à la directrice ou au directeur des rapports d'incident critique faisant état de deux incidents, survenus à cinq jours d'intervalle, de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente. On a constaté que les dossiers du système d'observation de la démence établis pour l'une des personnes résidentes concernées à la suite de chacun des incidents étaient incomplets, la documentation requise étant manquante pour des périodes de sept et de neuf heures d'affilée. L'IA affecté à ce système a confirmé que les dossiers en question étaient incomplets et a indiqué que les dossiers du système d'observation de la démence incomplets représentaient un problème permanent au foyer de soins de longue durée.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Site Web

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

Non-respect de : l'alinéa 271(1)f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Site Web

Paragraphe 271(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

f) la version en vigueur des plans de mesures d'urgence à l'égard du foyer, comme le prévoit l'article 268.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le plan de sécurité en cas d'incendie soit inclus dans le plan de préparation aux urgences affiché sur le site Web du foyer de soins de longue durée.

Aux termes du sous-alinéa 268(4)1.ii. du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient la façon de faire face aux situations d'urgence, notamment les incendies.

En examinant le plan de préparation aux urgences affiché sur le site Web du foyer de soins de longue durée, on a vu qu'il fallait communiquer avec l'administratrice ou l'administrateur du foyer pour avoir accès au plan de sécurité en cas d'incendie. L'administratrice ou l'administrateur du foyer a reconnu que le plan de sécurité en cas d'incendie ne figurait pas sur le site Web du foyer et a indiqué que ce plan était accessible sous forme écrite au foyer.

Sources : Site Web du foyer de soins de longue durée; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers

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

Non-respect de : l'alinéa 356(3)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356(3) – Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

2. Les autres travaux relatifs au foyer ou à son équipement, si le fait d'effectuer ces travaux peut déranger les résidents de manière importante ou leur causer des inconvénients importants.

Le titulaire de permis a omis d'obtenir l'approbation de la directrice ou du directeur avant le début des travaux d'installation d'un nouveau système de gicleurs.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique pour signaler la défaillance du système de gicleurs du foyer de soins de longue durée. L'installation du nouveau système de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

gicleurs était en cours au moment de l'inspection. Cependant, on n'avait pas encore soumis au ministère la demande en lien avec le plan d'entretien en vue de l'installation de ce nouveau système. Ainsi, on n'avait pas reçu l'approbation de la Division de l'optimisation des immobilisations.

Sources : Démarches d'observation menées dans divers secteurs du foyer; communications par courriel; demande en lien avec le plan d'entretien.