

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 17 décembre 2024.**Numéro d'inspection :** 2024-1201-0007**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Marianhill Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Marianhill Nursing Home, Pembroke**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 11, 12, 13 et 16 décembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00129648 – ayant trait à des mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- le registre n° 00130704 – ayant trait à la chute d'une personne résidente qui a causé un changement important dans son état de santé.

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Avis écrit n° 001 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport immédiatement au directeur des mauvais traitements envers une personne résidente qui ont donné lieu à un préjudice. À une date déterminée, deux personnes résidentes ont été impliquées dans un incident qui a causé une blessure. Le titulaire de permis n'a fait rapport de l'incident que quatre jours après l'incident.

Source : Dossiers médicaux des personnes résidentes 002 et 003, rapport du SIC n° 2702-000035-24, entretien avec la ou le responsable de l'unité.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, pour une personne résidente, à l'élaboration de stratégies écrites, notamment de techniques et de mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum des comportements réactifs ou pour y réagir. Une personne résidente a élicité des comportements réactifs envers une autre personne résidente qui ont occasionné une blessure. Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente révélait que les mesures d'intervention pour remédier aux comportements réactifs n'avaient pas été mises à jour et ne comportaient pas de mesures d'intervention pour faire diminuer les comportements réactifs envers les autres personnes résidentes de l'unité.

Source : Dossier médical d'une personne résidente, entretiens avec des personnes préposées aux services de soutien personnel et avec la ou le responsable de l'unité.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **58 (4) 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 :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;
- 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 n'a pas veillé, pour une personne résidente qui affichait des comportements réactifs, à identifier les comportements déclencheurs, à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies pour réagir à ces comportements, à prendre des mesures et à documenter les réactions aux interventions.

Une personne résidente a été impliquée dans une altercation physique avec une personne camarade de chambre. Un examen du dossier médical de la personne résidente et des entretiens avec le personnel ont prouvé que la personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs d'ordre verbal et physique envers des personnes résidentes. L'examen du programme de soins écrit de la personne résidente révélait que l'on n'avait effectué aucune évaluation pour identifier les comportements déclencheurs de la personne résidente ni élaboré des mesures d'intervention pour remédier aux comportements réactifs. Lors d'un entretien, la ou le responsable de l'unité a confirmé que cela devrait être inclus dans le programme de soins de la personne résidente.

Source : Dossiers médicaux d'une personne résidente, entretiens avec des personnes préposées aux services de soutien personnel et avec la ou le responsable de l'unité.

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021),

Non-respect **de l'alinéa 104 (1) a)** du Règl. de l'Ont. 246 / 22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on avisât la mandataire ou le mandataire spécial (MS) d'une personne résidente dès qu'il a pris connaissance d'un incident de mauvais traitements qui avait causé une lésion corporelle ou de la douleur à la personne résidente. La personne résidente a été impliquée dans un incident avec une personne camarade de chambre qui a causé une blessure. Le titulaire de permis n'a avisé la ou le MS de la personne résidente que le lendemain.

Source : Dossier médical d'une personne résidente, rapport du SIC et entretien avec la ou le responsable de l'unité.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021),

Non-respect **de l'alinéa 104 (1) b)** du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

b) soient avisés dans les 12 heures qui suivent le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on avisât la mandataire ou le mandataire spécial (MS) d'une personne résidente dans les 12 heures qui suivaient le moment où il a pris connaissance d'un incident de mauvais traitements d'une personne résidente ou de négligence envers elle. La personne résidente a été impliquée dans une altercation physique avec une autre personne résidente. Le titulaire de permis n'a avisé la ou le MS de la personne résidente que quatre jours après l'incident.

Source : Dossier médical d'une personne résidente, rapport du SIC, et entretien avec ou le responsable de l'unité.