

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 12 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1381-0001	
Type d'inspection : Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Mon Sheong Foundation	
Foyer de soins de longue durée et ville : Mon Sheong Richmond Hill Long Term Care Centre, Richmond Hill	
Inspecteur principal	Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18, 19, 20, 21, 24 et 26 juin 2024. L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 25 juin 2024.

Les inspections concernaient :

- Un signalement se rapportant à une chute ayant causé une blessure.
- Un signalement se rapportant à l'ordre de conformité (OC) n° 002/ 2023_1381_0004 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 portant sur la prévention et le contrôle des infections.
- Un signalement se rapportant à l'OC n° 001/ 2023_1381_0004 en lien avec le par. 24 (1) de la *LRSLD* (2021) portant sur l'obligation de protéger.
- Un signalement se rapportant à des mauvais traitements d'ordre physique.
- Un signalement se rapportant à un incident ayant causé une blessure à 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1381-0004 en lien avec le paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

b) inspecté par Sabra Abubeker (000774)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1381-0004 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, inspecté par Jennifer Brown (647)

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel qui fournit de l'aide à cette personne.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) portant sur une chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure a été soumis au directeur.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait une intervention constatée et l'utilisation de deux appareils d'aide à la mobilité différents.

Un examen d'un ordre réalisé par le médecin du foyer indiquait que l'un des appareils d'aide à la mobilité avait été gardé en réserve.

Une personne préposée aux services de soutien personnel a confirmé que la personne résidente utilisait un appareil d'aide à la mobilité déterminé.

Un entretien avec un membre du personnel autorisé a démontré que la personne résidente n'utilisait pas l'appareil d'aide à la mobilité déterminé mentionné ci-dessus.

Lors d'un entretien, l'administrateur adjoint a confirmé que l'appareil d'aide à la mobilité déterminé de la personne résidente était gardé en réserve et a mentionné que le programme de soins de cette dernière fournissait une directive floue au personnel quand le programme de soins écrit indiquait une directive différente.

Quand le personnel chargé des soins directs n'avait pas de directives claires sur la manière d'aider la personne résidente, cette dernière était exposée à un risque accru de chutes et de blessures.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; notes d'évolution; résumé de la réunion sur les soins; entretiens avec la personne préposée aux services de soutien personnel, le personnel autorisé et l'administrateur adjoint [000774]

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à signaler immédiatement au service de police concerné tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente qu'il soupçonnait de constituer une infraction criminelle.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC qui indiquait qu'une personne résidente avait signalé une allégation de mauvais traitements d'ordre physique.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que cette dernière était décrite comme vivant un « épisode émotionnel » et avait été observée en train de pleurer. Après une discussion, la personne résidente a informé le personnel qu'elle était victime de mauvais traitements d'ordre physique.

Un examen du RIC et des notes d'évolution a révélé qu'à la suite d'une discussion avec la famille, le foyer avait décidé de ne pas contacter la police pour signaler l'allégation.

L'administrateur adjoint a indiqué que le foyer avait enquêté sur l'allégation de mauvais traitement, mais qu'il n'avait pas signalé l'incident à la police comme l'exige la *LRSLD*, estimant que l'incident ne répondait pas aux critères justifiant un signalement.

Quand le foyer n'a pas signalé immédiatement à la police l'allégation de mauvais

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

traitements envers la personne résidente, il y avait un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : RIC, notes d'évolution de la personne résidente, dossier d'enquête, entretiens avec l'administrateur adjoint [647]