

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 25 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1052-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Vigour Limited Partnership, au nom de Vigour General Partner Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Rockcliffe Community, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18, 19, 20, 23, 27 et 30 septembre 2024

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 2 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00120941 – Incident critique - Allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Incident critique : n° 00125354 – Incident critique et dossier n° 00125945 – Incident critique – Mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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 3(1)2 de la LRSLD

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le foyer a omis de respecter et de promouvoir le droit d'une personne résidente au respect de son mode de vie et de ses choix.

Justification et résumé

À une date donnée, on a omis d'offrir à une personne résidente un deuxième choix d'entrée lors d'un repas et la personne s'est montrée irritée.

La personne résidente ne mangeait pas la deuxième option sur le menu, pour des raisons personnelles. À une date donnée, il y avait sur le menu deux choix pour le repas. Le membre du personnel n'a présenté à la personne résidente qu'un seul des choix, et non l'autre, car il a tenu pour acquis que la personne allait refuser. La personne résidente a fait des commentaires sur la nourriture et la situation s'est envenimée.

La directrice ou le directeur des services de diététique a indiqué que les personnes résidentes qui ne mangeaient pas le deuxième choix proposé sur le menu standard allaient se voir proposer un autre repas. Le membre personnel du personnel n'a pas

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

proposé de deuxième choix à la personne résidente, parce qu'il a tenu pour acquis qu'elle allait refuser.

Lors d'un entretien, la personne résidente a dit qu'elle avait fait part au foyer d'autres options pouvant remplacer le deuxième choix de repas offert.

On a omis d'offrir à la personne résidente un deuxième choix d'entrée et, ainsi, on n'a pas respecté ni promu son droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation; dossiers d'enquête; entretiens avec la personne résidente et des membres du personnel du foyer.

[210]

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Comportement réactif

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

Non-respect de : l'alinéa 58(2)c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à la fois :

c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le comportement réactif de la personne résidente n° 001 fasse l'objet de mesures coordonnées et mises en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente aurait signalé à sa famille qu'elle avait subi des blessures pendant qu'on lui fournissait des soins.

On a entrepris une surveillance de la personne résidente dans le cadre du système d'observation de la démence, car elle montrait de nouveaux comportements.

Des membres du personnel ont noté que la personne résidente était confuse et agitée, et qu'elle parlait plus fort que d'habitude. Les membres du personnel ont tenté de calmer la personne résidente, mais sans succès. Ils ont aussi essayé de lui donner des soins. Plus tard, la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a signalé à l'infirmière auxiliaire autorisée ou à l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) que la personne résidente montrait de nouveaux comportements réactifs.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Conformément à la politique du foyer en matière de gestion des comportements réactifs (VII-F-10.10), depuis novembre 2020, la PSSP devait, si elle remarquait des changements dans le comportement de toute personne résidente, le signaler de vive voix et documenter le tout, quotidiennement, dans le système de points de service ou dans un document papier.

Au moyen d'un entretien avec la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et avec une ou un IAA, ainsi que de l'examen du dossier d'enquête du foyer à propos des comportements réactifs de la personne résidente, on a pu constater que la PSSP n'avait pas informé l'IAA de ces nouveaux comportements réactifs.

Puisqu'on a omis de signaler les comportements réactifs de la personne résidente, cela a engendré le risque de ne pas adopter une méthode coordonnée et interdisciplinaire.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation; dossiers d'enquête; entretiens avec des membres du personnel du foyer.

[210]