

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1083-0003**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (n° 11) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)**Foyer de soins de longue durée et ville :** Thorntonview, Oshawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 6 juin et le 9 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00144484 – chute d'une personne résidente
- Le dossier : n° 00146842 – préoccupations relatives à une plainte
- Le dossier : n° 00146504 – mauvais traitements entre personnes résidentes

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

Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD 2021

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège

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

les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Un incident s'est produit lorsque la personne résidente n° 002 a eu une altercation avec la personne résidente n° 003. Après le premier incident impliquant la personne résidente n° 002, le foyer avait mis en place une personne préposée aux services de soutien personnel pour surveiller la personne résidente n° 002 depuis l'intérieur du foyer, tandis que la personne résidente n° 002 se trouvait dans l'espace fumeur extérieur. Le foyer n'a pas protégé la personne résidente n° 003 contre la personne résidente n° 002 dans la zone fumeurs extérieure.

Sources : Rapport d'incident critique, enregistrements vidéo des caméras de surveillance, dossiers médicaux et entretiens avec les personnes résidentes n° 002 et n° 003, entretiens avec les membres du personnel.

