

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial**Date d'émission du rapport :** 15 octobre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1079-0002**Type d'inspection :**

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : CVH (no 1) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Craiglee Nursing Home, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 19 et du 23 au 27 septembre 2024 ainsi que les 1^{er} et 2 octobre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 20 et 23 septembre 2024

L'inspection faisant suite à une plainte concernait :

Demande n° 00115370 – liée à des préoccupations concernant l'achat d'un dispositif d'aide pour la marche

Demande n° 00123967 – liée à l'entretien ménager, aux fournitures, et aux services d'entretien

Demande n° 00124913 – liée à des allégations de négligence et d'administration de soins de façon inappropriée

L'inspection de suivi concernait :

Demande n° 00114449 et demande n° 00114450 – liées à un ordre de conformité délivré antérieurement dans le cadre de l'inspection n° 2024-1079-0001

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

L'inspection découlant du Système de rapport d'incidents critiques (SIC)
concernait :

Demande n° 00124565 – 2503-000027-24 – liée à la prévention et au contrôle
des infections

Demande n° 00121226 – 2503-000025-24 – liée à la chute d'une personne
résidente entraînant une blessure

Demande n° 00115994 – 2503-000020-24 et demande n° 00120063 – 2503-
000023-24) – liées à une blessure de cause inconnue d'une personne résidente

Demande n° 00122771 – 2503-000026-24 – liée à des allégations de mauvais
traitements d'ordres physique et affectif infligés à une personne résidente

L'inspection découlant du SIC a permis de fermer les demandes suivantes :

Demande n° 00120934 – 2503-000024-24 – liée à la chute d'un résident
entraînant une blessure

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° 2024-1079-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du
Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1079-0001 en vertu du paragraphe 184 (3) de
la *LRSLD* (2021)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droit d'être traité avec respect

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021).**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 :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes.

Justification et résumé

Une personne résidente se faisait aider par plusieurs membres du personnel pour les soins. La personne résidente manifestait de la résistance quand le personnel tentait de l'encourager. Le personnel ne parvenait pas à faire en sorte que la personne résidente se plie aux soins. Le personnel a déshabillé cette dernière malgré sa résistance, puis s'est approché avec un appareil fonctionnel. La personne résidente s'est assise dans l'appareil, puis a été amenée dans une salle pour les soins.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La surveillance vidéo de l'incident montrait que la personne résidente se trouvait dans une aire commune au moment où l'incident est survenu, avant d'être assise dans l'appareil fonctionnel et d'être amenée dans la salle.

Le personnel autorisé a confirmé qu'il avait été présent quand la personne résidente s'était fait déshabiller dans l'aire commune avant d'être assise dans l'appareil fonctionnel et d'être amenée dans la salle.

Ne pas traiter la personne résidente avec courtoisie et respect en préservant son intimité a porté atteinte à son droit d'être traitée d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité inhérente.

Sources : Notes d'enquête du foyer; surveillance vidéo de l'incident; entretiens avec le personnel du foyer.

AVIS ÉCRIT : Politique relative aux transferts sécuritaires sans levage

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique en matière de transfert sécuritaire soit respectée lorsque le personnel aidait une personne résidente lors d'un transfert.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. (1) b, le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'il aide des personnes résidentes. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur le programme de levage et de soins sécuritaires du foyer (*Safe Lifting with Care Program*) au moment de l'incident.

Justification et résumé

Une personne résidente est tombée et a subi une blessure alors qu'elle se faisait aider par le personnel pour les soins. Le personnel a obtenu l'aide d'un autre membre du personnel et a tenté avec ce dernier de lever manuellement la personne résidente au sol pour l'asseoir sur la chaise.

La politique sur le programme de levage et de soins sécuritaires du foyer indiquait que le foyer avait intégré un programme sans levage qui écartait tout levage manuel des personnes résidentes à des fins de sécurité.

Le personnel a reconnu que lever manuellement la personne résidente avait exposé cette dernière à un risque de préjudice.

Ne pas utiliser des techniques de transfert adéquates a augmenté le risque de blessure supplémentaire.

Sources : Politique sur le programme de levage et de soins sécuritaires du foyer (*Safe Lifting with Care Program*); notes d'enquête du foyer relatives à l'incident; programme de soins d'une personne résidente; entretien avec le personnel du foyer.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses procédures post-chute soient suivies quand une personne résidente a fait une chute.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. (1) b), le titulaire de permis doit veiller à ce que ses politiques applicables soient respectées. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique et la procédure du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program*), au moment de l'incident.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure alors qu'elle se faisait aider par le personnel pour les soins. Le personnel n'a pas signalé l'incident à l'infirmière immédiatement. Deux membres du personnel ont tenté de lever et transférer manuellement la personne résidente avant que celle-ci se fasse évaluer par une infirmière.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer stipulait que le personnel chargé des soins devait signaler immédiatement au personnel autorisé tout incident de personne résidente trouvée au sol ou ayant fait une chute, et que la personne résidente devait être évaluée par un membre du personnel autorisé avant son transfert après la chute.

Le défaut d'informer immédiatement le personnel autorisé quand la personne résidente était tombée et de veiller à ce que cette dernière soit évaluée par un membre du personnel autorisé après la chute, avant son transfert, a exposé la personne résidente au risque de subir d'autres blessures.

Sources : Notes d'enquête du foyer relatives à l'incident; politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program*); entretien avec le personnel du foyer.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a) :

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1) Donner à deux membres du personnel une formation sur la prestation de l'aide à la mobilité et au transfert conformément au programme de soins d'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 de Toronto

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

- 2) Donner à un membre du personnel une formation sur la prestation des soins liés à l'incontinence conformément au programme de soins d'une personne résidente et aux politiques et procédures du foyer.
- 3) Donner à trois membres du personnel une formation sur les interventions face aux comportements d'une personne résidente.
- 4) Donner à deux membres du personnel une formation pratique sur les interventions de prévention des chutes d'une personne résidente et une formation sur la politique du foyer portant expressément sur l'importance d'examiner et d'appliquer les stratégies de prévention des chutes.
- 5) Conserver un registre de la formation pour les étapes 1 à 4 comprenant le contenu abordé, la date, les noms des membres du personnel formés et le ou les noms du ou des membres du personnel ayant donné la formation.
- 6) Effectuer des vérifications au hasard au moins deux fois par semaine sur une période de trois semaines pour la prestation des soins aux personnes résidentes qui ont besoin d'une certaine aide fournie par deux membres du personnel pour le changement de position conformément à leur programme de soins.
- 7) Effectuer des vérifications au hasard au moins deux fois par semaine sur une période de trois semaines pour la prestation des soins aux personnes résidentes qui ont besoin d'une certaine aide fournie par le personnel pour les soins liés à l'incontinence conformément à leur programme de soins.
- 8) Effectuer des vérifications au moins deux fois par semaine sur une période de deux semaines pour certains soins prodigués aux personnes résidentes, pour s'assurer que les interventions face aux comportements de la personne résidente sont réalisées.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

9) Effectuer des vérifications au hasard au moins deux fois par semaine sur une période de deux semaines pour s'assurer que les interventions de prévention des chutes d'une personne résidente sont réalisées.

10) Conserver un registre des vérifications pour les étapes 6 à 9 comprenant la date de la vérification, le nom de la personne l'ayant effectuée, le nom du membre du personnel visé par la vérification, le ou les noms de la ou des personnes résidentes à qui les soins sont donnés, les résultats de chaque vérification et les mesures prises en réponse aux conclusions de la vérification.

Motifs

i) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions face aux comportements réactifs d'une personne résidente soient réalisées comme il est indiqué dans le programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'il y avait des interventions en lien avec des comportements réactifs.

À une date précise, le personnel n'a pas réalisé plusieurs des interventions prévues pour les soins de la personne résidente.

Le défaut de réaliser les interventions prévues pour les soins de la personne résidente a augmenté le risque que cette dernière ne reçoive pas les soins planifiés.

Sources : Observations faites à des dates précises; programme de soins et notes d'évolution d'une personne résidente; entretiens avec le personnel du foyer.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

ii) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions de prévention des chutes d'une personne résidente soient réalisées tel qu'il est précisé dans le programme.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière présentait un risque élevé de chutes avec un certain comportement. Les mesures d'intervention mises en place pour prévenir les chutes consistaient à s'assurer que le chevet est non encombré et ne présente aucun risque de trébuchement, et qu'une intervention précise est en place.

Alors que la personne résidente était endormie au lit, on a constaté qu'il y avait des déchets sur le plancher autour du lit. Également, l'intervention précise n'était pas en place, ce qui a été confirmé par un membre du personnel.

Ne pas mettre en place les interventions pour les chutes a exposé la personne résidente à un risque de chutes.

Sources : Observations; programme de soins de la personne résidente; notes d'enquête du foyer relatives à l'incident de chute; entretien avec le personnel du foyer.

iii) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel prodigue des soins à une personne résidente tel qu'il est précisé dans son programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin de l'aide de deux personnes pour des soins précis. Un membre du personnel a prodigué les soins à la personne résidente seul. À une autre date, un autre membre du personnel a fait de même. Plus tard lors du même quart de travail, le

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

personnel a découvert une altération de la peau chez la personne résidente. Les évaluations subséquentes ont révélé que la personne résidente avait subi une blessure.

Le directeur général a indiqué que le personnel devait suivre le programme de soins de la personne résidente et que les soins auraient dû être prodigués par deux membres du personnel.

Le défaut de veiller à ce que le personnel prodigue les soins tel qu'il est indiqué dans le programme de soins a exposé la personne résidente à un risque accru de blessure.

Sources : Entretien avec le personnel et la direction du foyer; examen des dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

8 novembre 2024

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.