

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 28 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1538-0002

**Type d'inspection :**  
Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** Ville de Toronto

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Cummer Lodge, North York

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Susan Semeredy (501)

**Signature numérique de  
l'inspectrice/Signature numérique de  
l'inspecteur**

Susan L Semeredy

Signé numériquement  
par Susan L Semeredy

Date : 2024.07.03 13:29:08 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Joy Ieraci (665)

Yannis Wong (000707)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 5, 6, 7, 10, 11, 12 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00117610 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound  
Prevention and Management)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support  
Services)

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Gestion des médicaments (Medication Management)  
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)  
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)  
Prévention et de contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Amélioration constante de la qualité (Quality Improvement)  
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)  
Gestion de la douleur (Pain Management)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 6(7) de la *LRSLD (2021)*.**

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient fournis, comme l'indique son programme.

#### Justification et résumé

La personne résidente courait un risque nutritionnel. À titre d'intervention, une diététiste professionnelle (Dt.P.) a ordonné qu'une certaine quantité soit fournie à chaque repas. Durant deux jours différents d'un service de repas, la personne résidente a reçu et consommé moins que la quantité totale. Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) présentes à la table ont confirmé que la quantité reçue par la personne résidente était la moitié de celle qui avait été ordonnée. La Dt.P. a confirmé que le l'état nutritionnel de la personne résidente serait encore plus menacé s'il ne recevait pas la quantité totale.

L'omission de fournir à la personne résidente la quantité totale de sa préférence, qui faisait partie des soins définis dans son programme de soins, expose celle-ci à un risque nutritionnel

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

supplémentaire.

**Sources** : Dossier clinique de la personne résidente; observations; entretiens avec une diététiste et d'autres membres du personnel. [501]

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 002 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 24(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

### Justification et résumé

Un examen des registres de température ambiante du foyer entre le 1<sup>er</sup> mai et le 9 juin 2024 a révélé que la température était inférieure à 22 degrés Celsius. Plus précisément, du 1<sup>er</sup> au 3, les 5 et 6, les 10 et 11, du 16 au 19, et du 23 et 31 mai 2024, ainsi que du 2 au 8 juin 2024, des relevés de la température ambiante ont été enregistrés, notamment entre 18,7 et 21,9 degrés Celsius dans les chambres des personnes résidentes et les espaces communs.

La politique du foyer en matière d'intervention par temps chaud, exige que la température du foyer soit maintenue entre 22 et 26 degrés Celsius.

Une personne résidente s'est plainte que la température ambiante dans le foyer était toujours froide. Le gestionnaire responsable de l'entretien du bâtiment a reconnu que lorsque la température extérieure fluctue, le foyer n'est pas maintenu à un minimum de 22 degrés Celsius.

Le confort des résidents était menacé lorsque la température ambiante n'était pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius.

**Sources** : Politique RC-0518-14 du foyer en matière d'intervention par temps chaud, publiée le 11 janvier 2023; relevés de la température ambiante; entretiens avec la personne résidente et le gestionnaire responsable de l'entretien du bâtiment. [000707]

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 003 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 79(1)7.**

Service de restauration et de collation

79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer propose un service de restauration comprenant le service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

### Justification et résumé

Deux personnes résidentes dans la salle à manger consommaient encore leur repas principal et leurs desserts étaient déjà sur la table. Un préposé au service d'alimentation (PSA) a déclaré qu'une PSSP lui avait demandé de servir le plat principal et le dessert en même temps aux deux personnes résidentes et qu'il ne savait pas si cela faisait partie de son programme de soins. Une PSSP et une IA ont déclaré que le dessert aurait dû être servi une fois que les personnes résidentes avaient terminé leur plat principal, et aucun des deux programmes de soins n'indiquait que les différentes parties du menu devaient être servies simultanément.

L'omission de servir le repas un plat après l'autre augmentait le risque que le dessert ne soit pas à une température agréable au goût au moment où les personnes résidentes finissaient de manger leur plat principal.

**Sources** : Observation des repas; entretiens avec une infirmière autorisée et d'autres membres du personnel; programmes de soins des personnes résidentes. [000707]

## AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 004 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Non-respect de : la disposition 79(2)b du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

79(2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger se voit servir un repas uniquement lorsque quelqu'un était disponible pour l'aider à le faire.

**Justification et résumé**

Une personne résidente qui avait besoin d'une aide totale pour manger s'est vu servir un repas sans la présence d'une personne disponible pour l'aider. Une PSSP a déclaré savoir que la personne résidente ne devrait pas avoir reçu un repas avant que la PSSP soit disponible pour lui venir en aide. Un gestionnaire de la nutrition a confirmé que la personne résidente aurait dû disposer de l'aide immédiate d'une PSSP au moment de lui servir son repas.

L'omission de veiller à ce que la personne résidente reçoive son repas au moment où un membre du personnel était disponible pour l'aider augmentait le risque que la personne résidente mange son repas à une température désagréable.

**Sources** : programme de soins de la personne résidente; observation; entretiens avec un gestionnaire de la nutrition et d'autres membres du personnel. [501]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE  
CONTRÔLE**

Problème de conformité n° 005 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 102(9)a) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'infections chez une personne résidente soient surveillés à chaque quart de travail.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été soumise à des précautions contre les gouttelettes et les contacts. Ses notes d'évolution et ses évaluations ne contenaient aucune information indiquant que la personne résidente avait été surveillée pour détecter ses symptômes d'infection pendant trois jours. Le gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que la personne résidente n'avait pas été soumise à une surveillance des symptômes d'infection à chaque quart de travail, comme c'est exigé.

L'omission de surveiller les symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail peut avoir retardé l'identification de tout changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

**Sources** : examen du dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec le gestionnaire de PCI et d'autres membres du personnel. [665]

**AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 166(2)10 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comité d'amélioration constante de la qualité

166(2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer comprenne un membre du conseil des familles (CF) 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Justification et résumé**

Un membre du CF a indiqué qu'il ne faisait pas partie du comité ACQ et ne connaissait aucun autre membre du CF qui en était membre. Selon le procès-verbal de la réunion de l'ACQ, un membre du conseil des familles faisait partie du comité. L'adjoint et administrateur du CF a confirmé que ce membre de famille, qui faisait partie de l'ACQ, n'était pas membre du conseil des familles.

L'omission d'inclure un membre du conseil de famille dans l'ACQ du foyer met les résidents en danger, car un membre du conseil des familles peut avoir une meilleure idée des préoccupations plus générales des familles.

**Sources** : compte rendu des réunions de l'ACQ de mars et d'avril 2024; entretiens avec un membre du CF et le personnel du foyer. [501]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'INITIATIVE  
D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 007 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 168(1)iii du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

168(2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) contienne une mention écrite des dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents, des familles et des fournisseurs de soins ont été communiqués aux familles et aux membres du personnel du foyer.

**Justification et résumé**

Le rapport de l'initiative sur l'ACQ ne faisant pas mention des dates auxquelles le foyer a communiqué les résultats du sondage aux familles et aux membres du personnel du foyer, ce qui a été confirmé par l'administrateur.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Il n'y a eu aucune incidence sur les résidents, mais le public ne disposait pas des informations requises dans le rapport de l'initiative sur l'ACQ du foyer.

**Sources** : examen du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) du foyer, en date du 28 mars 2024, et du rapport à l'intention des établissements de soins de santé en Ontario, daté du 27 mars 2024; entretien avec l'administrateur. [665]

## AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'INITIATIVE D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 008 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 168(2)6) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

168(2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. Les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport de l'initiative sur l'ACQ fasse état des dates auxquelles des mesures ont été prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, ainsi que les soins, services, programmes et biens, sur la base de la documentation des résultats du Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins.

### Justification et résumé

Le rapport de l'initiative sur l'ACQ ne faisait pas mention des dates auxquelles les mesures ont été prises en fonction des résultats du Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins, ce que l'administrateur a confirmé.

Il n'y a eu aucune incidence sur les résidents, mais le public ne disposait pas des informations requises dans le rapport de l'initiative sur l'ACQ du foyer.

**Sources** : examen du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) du foyer, en date du 28 mars 2024, et du rapport à l'intention des établissements de soins de santé en Ontario, daté du 27 mars 2024; entretien avec l'administrateur. [665]