

**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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Rapport public**

**Date d'émission du rapport :** 29 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1538-0005

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Cité of Toronto

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

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 7 et 8 et du 12 au 14 novembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00125659 [rapport d'incident critique (RIC) n° M512-000037-24] liée à une chute.
- Demande n° 00126207 [RIC n° M512-000040-24] liée à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Demande n° 00128700 [RIC n° M512-000048-24] liée à une éclosion de maladie respiratoire.
- Demande n° 00131165 [RIC n° M512-000050-24] liée à une blessure de cause inconnue chez une personne résidente.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demande n° 00124331 [RIC n° M512-000033-24] et demande n° 00126094 [RIC n° M512-000039-24] liées à des chutes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

**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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée toute norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Ainsi, il n'a pas veillé à ce que les affiches soient installées conformément à la section 11.6 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, publiée en avril 2022. Plus précisément, des affiches n'étaient pas installées dans l'ensemble du foyer.

#### **Justification et résumé**

Des affiches présentant les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance n'ont pas été observées dans l'ensemble 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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Un membre du personnel a reconnu qu'il n'avait pas veillé à ce que les affiches soient installées dans toutes les aires réservées aux personnes résidentes.

Des affiches ont été placées dans l'ensemble du foyer avant le départ de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

L'absence d'affiches sur les mesures de dépistage dans le foyer peut accroître le risque de transmission des infections.

**Sources :** Observations et entretien avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 12 novembre 2024

## **AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel**

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'alinéa 11 (1) b) de la *LRSLD* (2021)**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

b) un programme structuré de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de soins infirmiers et de services de soutien personnel pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à l'instauration d'un programme de soins infirmiers et de services de soutien personnel et au respect de celui-ci.

**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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Plus précisément, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas respecté la politique du foyer sur la tenue des dossiers relatifs aux soins infirmiers et personnels (*Nursing and Personal Care Records*).

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute qui n'a été constatée qu'au cours du quart de travail suivant. Le personnel a remarqué que l'état de santé de la personne résidente avait changé et a transféré celle-ci à l'hôpital. Une PSSP a toutefois consigné que la personne résidente n'avait pas fait de chute pendant son quart de travail.

La politique du foyer sur la tenue des dossiers relatifs aux soins infirmiers et personnels indiquait que les employés de chaque quart de travail doivent documenter les soins et les services fournis, en se fondant sur les évaluations des personnes résidentes et la prestation des soins infirmiers et personnels prodigués.

La personne résidente a indiqué qu'aucun membre du personnel n'était venu la voir dans sa chambre pour vérifier comment elle se portait. L'infirmière autorisée du quart de travail suivant n'a pas été informée de la chute de la personne résidente. La PSSP concernée a confirmé qu'elle ne s'était pas rendue dans la chambre de la personne résidente pour vérifier comment celle-ci se portait et qu'elle ne lui avait pas prodigué de soins au cours de son quart de travail. Elle a confirmé que la documentation consignée dans l'application Point of Care (POC) ne reflétait pas fidèlement les soins prodigués à la personne résidente.

Le non-respect de la politique du foyer sur la tenue des dossiers relatifs aux soins infirmiers et personnels a entraîné un retard potentiel dans la constatation de la chute de la personne résidente et la réalisation des évaluations requises.

**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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer; entretiens avec la personne résidente et le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de comportements réactifs**

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

### **Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs de chaque personne résidente. Une PSSP n'a pas mis en œuvre la stratégie élaborée pour répondre au comportement d'une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Le programme de soins de la personne résidente décrivait une stratégie élaborée pour répondre au comportement de celle-ci. Une PSSP n'a pas mis en œuvre la stratégie et le comportement de la personne résidente s'est amplifié jusqu'à ce qu'une infirmière auxiliaire autorisée intervienne.

La PSSP a déclaré qu'elle n'avait pas mis en œuvre la stratégie élaborée pour répondre au comportement de la 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas mettre en œuvre la stratégie élaborée pour répondre aux comportements de la personne résidente a donné lieu à l'amplification de son comportement.

**Sources :** Rapports d'enquête du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger**

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 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 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.

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

1. Donner une formation à deux PSSP sur la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes. Plus précisément, former les membres du personnel sur les mesures à prendre après une chute, en fonction de leur rôle respectif.
2. Réaliser deux vérifications aléatoires par semaine auprès d'au moins deux personnes résidentes ayant fait une chute afin de s'assurer que toutes les mesures nécessaires ont été prises après leur chute. Ces vérifications devront être menées pendant au moins quatre semaines à compter de la signification du présent ordre.
3. Conserver un rapport écrit sur les vérifications réalisées, en indiquant notamment, mais sans s'y limiter, la date de la vérification, le nom de la personne résidente, 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

nom des membres du personnel, toutes les mesures prises après les chutes et toute mesure corrective prise en réponse à la vérification.

4. Conserver un rapport écrit sur la formation offerte au personnel au cours de la première étape de cet ordre et veiller à ce que les éléments suivants soient inclus : le nom de la personne qui a donné la formation, ainsi que la date et le contenu de la formation.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence lorsqu'une chute n'a pas été signalée au personnel infirmier autorisé.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été présenté au directeur concernant la blessure de cause inconnue d'une personne résidente. Celle-ci a été découverte en proie à de fortes douleurs, ce qui a entraîné son transfert à l'hôpital où l'on a constaté une blessure. La cause de la blessure n'était pas indiquée dans les dossiers cliniques de la personne résidente ni dans les notes d'enquête du foyer.

Une PSSP a confirmé que la personne résidente avait fait une chute au cours du quart de travail précédent. Avant le changement de quart, deux PSSP ont découvert que la personne résidente avait fait une chute et ont transféré celle-ci sans utiliser l'équipement approprié. Elles n'ont pas signalé la chute au personnel autorisé en poste pendant ce quart de travail ni à celui du quart de travail suivant. L'une des deux PSSP s'est adressée à un membre du personnel autorisé plus tard dans la

**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 ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

journee pour mentionner que la personne résidente souffrait de douleurs, sans toutefois préciser que celle-ci avait fait une chute.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer stipulait que le personnel infirmier autorisé devait être informé de tout incident relatif à une chute pour pouvoir effectuer les évaluations requises et informer immédiatement le médecin ou l'infirmière praticienne si un changement important dans l'état de la personne résidente était constaté après la chute.

Une infirmière autorisée et une infirmière auxiliaire autorisée en poste pendant le quart au cours duquel la personne résidente est tombée ont déclaré que si elles avaient su que celle-ci avait fait une chute, elles auraient immédiatement procédé à son évaluation. Elles ont également indiqué que si la PSSP leur avait dit que la douleur de la personne résidente était subséquente à une chute, elles auraient assuré des suivis plus fréquents auprès d'elle. Par ailleurs, elles ont affirmé que le fait d'apprendre par la PSSP que la personne résidente ressentait de la douleur les aurait incitées à communiquer rapidement avec le médecin et le mandataire spécial de la personne résidente.

Le fait que deux PSSP n'aient pas immédiatement signalé la chute de la personne résidente, qu'elles l'aient transférée manuellement sans une évaluation du personnel autorisé et qu'elles n'aient pas informé celui-ci de la cause possible de la douleur de la personne résidente a retardé le personnel dans la fourniture des interventions et des traitements appropriés, exposant ainsi la personne résidente à un risque accru de préjudice.

**Sources :** Rapport d'incident critique; politique du foyer; dossier clinique de la personne résidente; entretien avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025.**

**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 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).