

**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 initial

**Date d'émission du rapport :** le 6 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1086-0001

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Chartwell Master Care LP

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Chartwell Gibson Long Term Care  
Residence, North York

**Inspectrice principale**

Cindy Cao (000757)

**Signature numérique de l'inspectrice**

**Cindy Cao** Digitally signed by Cindy Cao  
Date: 2024.06.07 12:02:29  
-04'00'

**Autre inspectrice**

Ann McGregor (000704)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 10 mai et du 13 au 17, du 21 au 24, ainsi que du 27 au 30 mai 2024

Les inspections concernaient :

- Registre n° 00109049 / incident critique (IC) n° 2556-000002-24 – relatif à la déclaration tardive d'une éclosion de maladie
- Registre n° 00110282 / IC n° 2556-000003-24 – relatif à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Registre n° 00110344 / IC n° 2556-000004-24 – relatif à une cause inconnue de blessure subie par 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

- Registre n° 00113250 et registre n° 00113286 – plaintes relatives à des problèmes persistants avec les ascenseurs du foyer et à une personne résidente coincée dans l'ascenseur pendant une heure et demie.
- Registre n° 00115961 / IC n° 2556-000008-24 – relatif à la prévention et la gestion des chutes

Les signalements suivants ont été inspectés dans le cadre de cette inspection relative à des IC :

- Registre n° 00116019 / IC n° 2556-000009-24 et registre n° 00115945 / IC n° 2556-000007-24 – relatif à l'éclosion d'une maladie au foyer

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  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée LRSLD (2021)*.

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

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise ledit programme.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque de chute. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'un dispositif particulier lorsqu'elle était assise dans un fauteuil roulant, dans le cadre de ses interventions de prévention des chutes.

À une occasion, la personne résidente a été observée assise dans son fauteuil roulant sans que le dispositif ne soit fixé. Une infirmière autorisée (IA) a confirmé que le dispositif n'était pas fixé au fauteuil roulant de la personne résidente lorsque l'inspectrice a fait l'observation. L'IA a indiqué que la personne préposée aux services de soutien personnel aurait dû appliquer le dispositif à la personne résidente lorsqu'elle était assise dans le fauteuil roulant, conformément au programme de soins.

L'IA et le directeur des soins ont tous deux reconnu que le dispositif aurait dû être appliqué lorsque la personne résidente était assise dans le fauteuil.

Le fait de ne pas appliquer la méthode particulière expose la personne résidente à des risques de blessures et à une réaction tardive du personnel.

**Sources :** Observation à une date précise, dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

[0007571]

**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

## **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes menant aux aires non résidentielles soient verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées.

### **Justification et résumé**

Les observations réalisées au cours de l'inspection ont montré que trois portes donnant sur une zone non résidentielle au premier étage, à l'extrémité nord du foyer, n'étaient pas verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel.

Une IA et le gestionnaire des services environnementaux ont déclaré que les portes donnant sur une zone non résidentielle auraient dû être verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les portes soient verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées constitue un risque pour la sécurité des résidents.

**Sources :** Une observation faite le 10 mai 2024 et des entretiens avec le personnel.  
[000704]

**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

## AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

### **Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé de l'écllosion d'une maladie présentant un intérêt du point de vue de la santé publique.

### **Justification et résumé**

Le 12 février 2024, la santé publique a déclaré une écllosion confirmée de virus respiratoire syncytial (VRS). Le 13 février 2024, le titulaire de permis a signalé l'écllosion au directeur.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a déclaré que l'écllosion confirmée déclarée par la santé publique aurait dû être signalée immédiatement, et a confirmé qu'elle avait été signalée un jour plus tard.

Le fait que le foyer n'ait pas immédiatement signalé au directeur l'écllosion confirmée de VRS peut avoir retardé la réaction du directeur à l'incident.

**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 :** Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques, le dossier d'écllosion du foyer, la communication de la santé publique et entretien avec le responsable de la PCI.

[0007041]