

Rapport public initial**Date d'émission du rapport :** 27 novembre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1228-0004**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Harold and Grace Baker Centre**Foyer de soins de longue durée et ville :** Harold and Grace Baker Centre, Toronto**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 1, 4 au 8, 12 au 15 et 18 novembre 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00126532 [Incident critique : n° 2732-000021-24] – relatif à des mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente
- Le dossier : n° 00128558 – [Incident critique : n° 2732-000026-24] – relatif aux soins inadéquats ayant entraîné une chute avec blessure
- Le dossier : n° 00130353 – [Incident critique : n° 2732-000032-24] – relatif à la propreté, l'entretien ménager; les soins inadéquats

L'inspection relative à une plainte concernait les dossiers suivants :

- Le dossier : n° 00130080 relatif à une allégation de mauvais traitements
- Le dossier : n° 00130190 – relatif à la propreté du foyer; au traitement des plaintes, à des soins inadéquats des personnes résidentes; et à des allégations de mauvais traitement.
- Le dossier : n° 00130782 – relatif à des soins inadéquats causant des blessures

Les dossiers suivants ont été complétés :

- Le dossier : n° 00124525 – [Incident critique : n° 2732-000020-24], Dossier : n° 00126539 – [Incident critique : n° 2732-000022-24; Dossier n° 00127485 – [IC : n° 2732-000024-24 – relatif à la prévention et au contrôle des infections

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 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

Le directeur ou la directrice a reçu une plainte ainsi qu'un rapport d'incident critique (IC) concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre physique de la part du personnel à l'encontre d'une personne résidente.

Les déclarations écrites d'un infirmier auxiliaire autorisé ou d'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) indiquent avoir entendu une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) se moquer d'une personne résidente. La politique du foyer indique que toutes les personnes résidentes doivent être traitées avec dignité et respect et il est du devoir du foyer de protéger les droits de chacune des personnes résidentes confiées à ses soins.

L'IAA a déclaré avoir entendu et observé la PSSP imiter et se moquer de la

personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins (DSI) a déclaré que le personnel n'était pas courtois lorsqu'il imitait la personne résidente.

Le fait de ne pas veiller à ce que la personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect fait courir le risque que sa dignité ne soit pas respectée.

Sources : politique portant sur le programme de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes résidentes (Resident Non-Abuse Program policy) n° ADMIN-O10.01 (novembre 2023), notes d'enquête du foyer, entretiens avec un ou une IAA et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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.

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 le programme en ce qui concerne les toilettes.

Justification et résumé

Une plainte de la part de la famille de la personne résidente a été reçue par le ministère des Soins de longue durée (MSLD). L'auteur de la plainte allègue qu'il a signalé au personnel infirmier que la personne résidente devait être changée. La personne résidente n'a été changée qu'une heure et demie plus tard.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait qu'il fallait faire la

toilette de la personne résidente chaque fois qu'elle le demandait.

Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée a confirmé que la famille de la personne résidente avait demandé à ce que la personne résidente soit changée, ce qui a été communiqué à l'équipe des PSSP. La famille de la personne résidente a réitéré sa demande à un moment ultérieur. L'infirmier ou l'infirmière a confirmé qu'il y avait eu un retard dans la prise en charge des besoins de soins de la personne résidente, car celle-ci a reçu des soins une heure et demie plus tard.

Le non-respect du programme de soins de la personne résidente l'expose à un risque de blessure potentielle ou d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : discussion de l'inspecteur ou de l'inspectrice avec l'auteur de la plainte, programme de soins provisoire de la personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) (a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) 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 :

- (a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la propreté et à l'hygiène du foyer.

Justification et résumé

Les revêtements des conduits de ventilation du plafond dans le couloir à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente présentaient une accumulation de poussière.

Dans la chambre d'une personne résidente, des éclaboussures brunes ont été observées sur la surface de la prise électrique.

Dans la chambre d'une personne résidente, la fenêtre intérieure présentait une

matière brune séchée non identifiable qui s'est détachée après que le ou la gestionnaire du service environnemental (GSE) a passé son doigt dessus.

La surface du radiateur situé à l'intérieur de la chambre d'une personne résidente présentait une accumulation de poussière et des éclaboussures brunes.

Le ou la GSE a déclaré que les zones susmentionnées étaient insalubres et devaient être nettoyées.

Le fait de ne pas veiller à la propreté et à l'hygiène du foyer constitue un risque pour la sécurité des personnes résidentes qui ont le droit de vivre dans un environnement propre.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 004 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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique.

L'article 2 du règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur;

Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'IC ont été soumis au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre physique à l'encontre

d'une personne résidente de la part d'une PSSP.

Deux PSSP ont signalé à un ou une IAA que la personne résidente criait de douleur alors qu'une autre PSSP se trouvait dans la chambre de la personne résidente. L'IAA a trouvé l'autre PSSP au chevet de la personne résidente et l'a aidé à lui prodiguer des soins.

La déclaration écrite de l'IAA remise au foyer indique avoir vu l'autre PSSP frapper la personne résidente à deux reprises pendant les soins. Les documents d'évaluation de la douleur de l'IAA indiquent que la personne résidente souffrait.

L'IAA a déclaré que pendant les soins, la personne résidente criait et son corps se crispait lorsque l'autre PSSP aurait frappé la personne résidente à deux reprises. Le ou la DSI a déclaré que, selon la description du personnel témoin, le fait de frapper la personne résidente à deux reprises constituait une forme de mauvais traitement d'ordre physique.

L'absence de protection contre les mauvais traitements d'ordre physique a représenté un risque pour la personne résidente.

Sources : documentation du point de service de la personne résidente, outil de surveillance de la douleur sur 72 heures, déclaration écrite de l'IAA, notes d'enquête du foyer, entretiens avec le personnel et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un rapport d'enquête ainsi qu'une plainte lorsqu'un ou une IAA a signalé au foyer avoir vu une PSSP frapper une personne résidente à deux reprises lorsqu'elle lui prodiguait des soins.

Les dossiers du foyer indiquent que la PSSP a continué à prodiguer des soins à la personne résidente après que l'IAA ait été témoin de la PSSP en train de frapper la personne résidente lorsqu'elle lui prodiguait des soins. La politique du foyer indique que le personnel impliqué dans tout mauvais traitement sera immédiatement suspendu jusqu'à ce qu'une enquête soit menée à bien.

La PSSP a déclaré avoir prodigué des soins à la personne résidente jusqu'à la fin de son quart de travail. L'IAA et le ou la DSI ont tous deux déclaré que la PSSP aurait dû être renvoyée chez elle immédiatement après que l'IAA ait été témoin de la PSSP en train de frapper la personne résidente alors qu'elle lui prodiguait des soins.

Il y a eu un risque accru de préjudice pour la personne résidente lorsque la PSSP a continué à fournir des soins après que l'IAA ait soulevé une allégation de mauvais traitement d'ordre physique.

Sources : politique portant sur le programme de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes résidentes (Resident Non-Abuse Program policy) n° ADMIN-O10.01 (novembre 2023), notes d'enquête du foyer, entretiens avec le personnel et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Problème de non-conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) (c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Par. 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes : (c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur ou à la directrice une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

Le foyer a reçu une plainte écrite de la famille d'une personne résidente faisant état de préoccupations concernant le traitement inadéquat de la personne résidente de la part du personnel, ainsi que du manque de soins de toilette pour la personne résidente.

Un examen des dossiers des rapports d'IC sur le portail du ministère des Soins de longue durée destiné aux foyers a révélé qu'un rapport d'IC sur cette plainte n'avait pas été soumis au directeur ou à la directrice.

Le formulaire de réponse du service à la clientèle (Client Services Response) du foyer n'indiquait pas que la plainte avait été transmise au directeur ou à la directrice. Le ou la DSI a indiqué ne pas être en mesure de se rappeler si un rapport d'IC pour cette plainte avait été soumis au directeur ou à la directrice. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir des renseignements prouvant que le directeur ou la directrice avait été informé de cette plainte écrite.

Le fait de ne pas informer le directeur ou la directrice d'une plainte écrite relative à des préoccupations en matière de soins d'une personne résidente a limité la capacité du directeur ou de la directrice à donner suite aux plaintes, le cas échéant.

Sources : formulaire de réponse du service à la clientèle (Client Services Response) du foyer; portail du ministère des Soins de longue durée destiné aux foyers; et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de non-conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Par. 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident présumé de mauvais traitement d'une personne résidente qui lui a été signalé fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Justification et résumé

L'examen des dossiers et l'entretien avec le ou la DSI indiquent qu'une personne résidente a déclaré que le personnel était agressif, brusque et qu'il lui faisait mal lorsqu'il lui prodiguait des soins.

Le ou la DSI a accusé réception de cette plainte et le foyer n'a pas mené d'enquête sur l'incident présumé, alors qu'il aurait dû le faire.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'une enquête soit immédiatement menée sur les allégations de mauvais traitement d'une personne résidente par des membres du personnel pourrait avoir mis la personne résidente en danger d'être à nouveau exposée à des situations similaires.

Sources : formulaire de réponse du service à la clientèle (Client Services Response) du foyer, correspondance électronique entre l'auteur de la plainte et le titulaire de permis, et les entretiens avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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

Art. 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 l'utilisation des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position se fassent de manière sécuritaire lorsqu'ils aident une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis par le foyer lorsqu'une personne résidente est tombée au cours d'un transfert et s'est blessée.

La personne résidente avait besoin d'une aide particulière pour être transférée en toute sécurité. La PSSP a déclaré avoir remarqué que l'équipement de transfert n'était pas sécurisé. La personne résidente est tombée au cours d'un transfert, deux PSSP ont transféré manuellement la personne résidente du sol au lit sans utiliser un équipement spécialisé comme le prévoit la politique du foyer.

La personne résidente a subi un préjudice réel, car le personnel n'a pas mis en œuvre des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires pendant le transfert et après la chute de la personne résidente.

Sources : programme de soins écrit de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, directives de changement de position sécuritaire des personnes résidentes (Safe Resident Handling) n° CARE6-O10.07 (31 mars 2024), entretiens avec les PSSP.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur du foyer prévoie un minimum de stratégies de gestion de la douleur d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, en cas d'apparition ou d'aggravation de la douleur chez une personne résidente, le personnel autorisé doit utiliser des analgésiques Pro Re Nata (PRN) et en informer les médecins.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer en matière de gestion de la douleur, qui exige des membres du personnel qu'ils utilisent des

médicaments analgésiques PRN en cas de besoin et qu'ils informent le médecin si la personne résidente signale une douleur constante.

Justification et résumé

Deux PSSP ont signalé à un ou une IAA qu'une personne résidente a été entendue en train de crier de douleur alors qu'une autre PSSP se trouvait dans sa chambre. L'IAA s'est rendu dans la chambre de la personne résidente et a trouvé la PSSP en train de lui prodiguer des soins.

La personne résidente prenait des médicaments programmés et des médicaments PRN pour la douleur. L'outil de surveillance de la douleur indiquait que la douleur de la personne résidente était de 8 sur 10 selon l'échelle, après les soins. Aucun analgésique programmé ou PRN n'a été administré à la personne résidente lorsque le personnel a signalé qu'elle souffrait. Le médecin n'a pas été immédiatement informé de l'aggravation de la douleur de la personne résidente.

L'IAA a déclaré que le médecin aurait dû être appelé en raison de l'aggravation de la douleur de la personne résidente. Le ou la DSI a indiqué que le personnel devait appeler le médecin lorsqu'une personne résidente avait besoin d'un médicament PRN pour la douleur et qu'il devait utiliser l'analgésique PRN en fonction des besoins.

Le fait que l'IAA n'ait pas administré de médicaments PRN contre la douleur à la personne résidente a augmenté le risque d'aggravation de la douleur.

Sources : notes d'évolution de la personne résidente, outil de surveillance de la douleur pendant 72 heures, registre d'administration des médicaments, programme d'évaluation et de gestion de la douleur (Pain Assessment and Management) n° CARE8-O10.01 (31 mars 2024), entretiens avec le personnel et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

- a) le nettoyage du foyer, notamment,
- (i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs,

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les procédures d'entretien ménager du foyer soient mises en œuvre concernant le nettoyage du foyer, notamment, les chambres à coucher des personnes résidentes.

Justification et résumé

La procédure d'entretien ménager du foyer, routine de nettoyage quotidien de l'aile A (A Wing Daily Cleaning Routine), indiquait à l'équipe d'entretien ménager de documenter l'achèvement des nettoyages en profondeur effectués.

Un aide-ménager ou une aide-ménagère et le ou la GSE ont tous deux indiqué que l'équipe d'entretien ménager avait reçu des calendriers de nettoyage en profondeur, y compris dans les chambres des personnes résidentes. L'aide-ménager ou l'aide-ménagère a déclaré avoir effectué les tâches de nettoyage en profondeur conformément aux calendriers. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir des documents attestant que les tâches de nettoyage en profondeur avaient été effectuées. Le ou la GSE a reconnu que l'équipe d'entretien était censée documenter l'achèvement des tâches.

Cette non-conformité aux procédures a engendré des incertitudes quant à la date à laquelle ces zones ont été nettoyées pour la dernière fois ou à laquelle les tâches ont été effectuées selon le calendrier prévu, ce qui peut avoir une incidence sur le droit des personnes résidentes à vivre dans un environnement propre.

Sources : procédure d'entretien ménager du foyer de routine de nettoyage quotidien de l'aile A (A Wing Daily Cleaning Routine); entretiens avec le personnel et le ou la GSE.

AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes

Problème de non-conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Par. 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

(f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé dans le foyer et comprenne toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte concernant sa plainte écrite.

Justification et résumé

L'examen des dossiers et l'entretien avec le personnel confirment que le foyer a tenu une réunion de suivi avec le membre de la famille d'une personne résidente concernant une allégation de mauvais traitement et des préoccupations en matière de soins.

L'examen du formulaire de réponse du service à la clientèle (Client Services Response) du foyer n'a pas permis de vérifier si l'auteur de la plainte avait formulé une réponse à la suite de sa plainte écrite. Le ou la DSI a indiqué que le foyer aurait dû conserver une trace écrite de la réponse de l'auteur de la plainte.

La non-conformité a entraîné un risque de retard dans la prise en charge d'autres problèmes liés aux soins de la personne résidente.

Sources : formulaire de réponse du service à la clientèle (Client Services Response) du foyer, correspondance électronique entre l'auteur de la plainte et le titulaire de permis, et les entretiens avec le ou la DSI.

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002