

**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 :** 16 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1494-0003

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Ukrainian Home for the Aged

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Ivan Franko Home (Etobicoke), Toronto

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 20 et les 23 et 24 septembre 2024.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Demande n° 00111996 – IC n° C530-000006-24 – liée au programme de prévention et de gestion des chutes.

L'inspection faisant suite à une plainte a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00116461 liée à l'alimentation et la nutrition, aux comportements réactifs, à des soins inappropriés et à la gestion des médicaments.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation

**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 et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de prévention des chutes prévu dans le programme de soins soit mis à la disposition d'une personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle présente un risque de chute et qu'un équipement de prévention des chutes doit être mis en place. Lors d'une observation, l'équipement de prévention des chutes ne fonctionnait pas.

Une infirmière autorisée a reconnu que l'équipement de prévention des chutes ne fonctionnait pas et a déclaré qu'il aurait dû être fonctionnel. Le directeur des soins a confirmé que toutes les interventions de prévention des chutes auraient dû être fournies à la personne résidente comme indiqué dans son 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

Le fait de ne pas fournir à la personne résidente l'équipement de prévention des chutes prévu dans son programme de soins peut l'avoir exposée à un risque de blessure à la suite d'une chute dans l'avenir.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; observation de la personne résidente; entretiens avec une infirmière autorisée et le directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES**

Problème de conformité n° 002 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 respecté les processus de gestion postérieurs à la chute d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit disposer d'une description écrite des buts, objectifs, procédures et protocoles de son programme de gestion des chutes, et s'assurer qu'il est respecté.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé au programme de prévention et de gestion des chutes du foyer (*Falls Prevention and Management Program*), qui

**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

précise qu'après la chute d'une personne résidente, on peut, si cela ne présente aucun danger, l'aider avec précaution à se relever ou à se déplacer, en veillant à respecter les procédures de levage appropriées effectuées par deux personnes, à l'aide d'un lève-personne mécanique.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute dans une aire déterminée du foyer et s'est blessée. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent que l'infirmière auxiliaire autorisée et les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) qui ont trouvé la personne résidente sur le sol l'ont transférée dans sa chambre sans avoir recours à l'équipement de levage approprié.

L'infirmière auxiliaire autorisée a confirmé qu'à la suite de la chute, la personne résidente n'était pas en mesure de soutenir son poids, et qu'elle avait été transférée dans sa chambre sans utiliser l'équipement de levage approprié. Le directeur des soins a indiqué qu'à la suite d'une chute ayant entraîné des blessures, la personne résidente aurait dû être transférée dans sa chambre à l'aide d'un équipement de levage approprié, conformément au programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Le fait de ne pas suivre le programme du foyer et de ne pas utiliser une procédure de levage appropriée après une chute augmente le risque de blessure.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins; examen du programme du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program*) (NM-I-042).

**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 : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

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

### **Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux PSSP utilisent des techniques d'alimentation appropriées et sécuritaires lorsqu'elles aidaient deux personnes résidentes à se nourrir.

### **Justification et résumé**

Une observation à l'heure du dîner a révélé que deux PSSP qui aidaient deux personnes résidentes à s'alimenter étaient en position debout.

La politique du foyer en matière d'aide à l'alimentation (*Feeding Instructions*) précise que le personnel doit toujours nourrir les personnes résidentes en position assise, à la hauteur de leurs yeux.

Les deux PSSP ont toutes deux confirmé qu'elles auraient dû être assises pendant qu'elles aidaient les deux personnes résidentes à s'alimenter. Le directeur des soins a indiqué que tous les membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes à s'alimenter étaient censés être assis et se trouver au même niveau que les personnes résidentes pour les alimenter en toute sécurité. Il a également

**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

confirmé que les deux PSSP auraient dû être assises en permanence lorsqu'elles aidaient les personnes résidentes à s'alimenter.

Le fait de ne pas utiliser des techniques d'alimentation de manière adéquate peut exposer les personnes résidentes à des risques d'aspiration des aliments pendant leur repas.

**Sources :** Observation à l'heure du dîner dans l'une des aires du foyer; entretiens avec deux PSSP, une infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins; politique du foyer en matière d'aide à l'alimentation (*Feeding Instructions*), DM-A-022(a).