

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 19 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1280-0001

Type d'inspection : Plainte — incident critique

Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de 2063414 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Midland Gardens Community, Scarborough

Inspectrice principale/Inspecteur principal
Cindy Ma (000711)

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

Shuang Signé numériquement par
Shuang Yu Ma
Yu Ma Date : 2024.05.08
14:33:45 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs
Matthew Chiu (565)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : du 18 au 22 mars, du 25 au 28 mars 2024 et du 2 au 4 avril 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : les 5 et 9 avril 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : 00108698 [incident critique (IC) n° 2789-000006-24] concernant la prévention et le contrôle des infections
- Plainte : 00105675 [IC n° 2789-000003-24] concernant une chute ayant causé une blessure
- Plainte : 00107671 [IC n° 2789-000004-24] concernant un cas allégué de soins inadéquats
- Plainte : 00109737 [IC n° 2789-000007-24] concernant un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente par un membre du personnel

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

Les inspections concernaient :

Plaintes :

- Plainte : 00107937 — concernant les soins des pieds et des ongles; le retournement et le repositionnement; la gestion de la douleur; la gestion des médicaments; les soins palliatifs; les soins nutritionnels; la prévention et le contrôle des infections; et le traitement des plaintes
- Plainte : 00110648 — concernant la dotation en personnel autorisé

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00104163 [IC n° 2789-000039-23] ; plainte : n° 00105366 [IC 2789— n° 000042-23] ; plainte : n° 00105367 [IC n° 2789-000043-23] ; plainte : N° 00107877 [IC n° 2789-000005-24] concernant la prévention et le contrôle des infections

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Rapports et plaintes (Reporting and Complaints)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 01 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 35(3)d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel
par. 35(3) Le plan de dotation en personnel doit :

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

d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à son plan d'urgence pour la dotation en personnel.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer d'établir un plan écrit pour la dotation en personnel, y compris un plan d'urgence, pour ses programmes structurés de services infirmiers et de services de soins personnels, qui traite des situations où le personnel est incapable de se présenter au travail et qui doit être respecté.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé au plan d'urgence écrit pour la dotation intitulé « Staffing Contingency Plan Template ». Selon ce plan, en cas d'absence d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) durant un quart de nuit, un membre d'un personnel d'agence ou un(e) proposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP) serait appelé en remplacement.

Justification et résumé :

Au cours d'un quart de nuit, le foyer comptait une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et deux IAA de garde. Dans la soirée, l'un(e) des IAA a indiqué qu'il ou elle était incapable de se présenter au travail.

Les entretiens avec le personnel et l'examen des dossiers ont révélé que le foyer avait tenté de trouver un(e) remplaçant(e) parmi son personnel autorisé disponible, mais sans succès.

Par contre, le foyer n'a pas tenté l'option d'embaucher un membre du personnel d'une agence ni appelé un(e) PSSP supplémentaire pour obtenir de l'aide. Les autres membres du personnel autorisé ont été invités à redistribuer leurs responsabilités pour assurer l'exécution Des tâches de l'IAA absent(e). Le ou la directeur(trice) général(e) (DG) a confirmé que son plan d'urgence pour la dotation en personnel exigeait que le foyer explore la possibilité d'obtenir du personnel d'une agence, et que les membres du personnel devaient aviser le ou la DG pour qu'on procède au remplacement par l'intermédiaire d'une agence.

Cependant, ce protocole n'a pas été suivi.

Le non-respect présentait un risque de manquement aux soins et à la sécurité des 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^e étage Toronto
(Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Sources : Dossiers de dotation en personnel du foyer, modèle de plan d'urgence pour la dotation du personnel; entretiens avec un(e) IA et d'autres membres du personnel.
[565]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 : LRSLD, 2021, par. 6(7)

Programme de soins

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 la personne résidente, tel que le précise le programme relatif à la texture des aliments.

Justification et résumé

Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait qu'elle suivait un régime à texture modifiée.

La note de progrès indiquait que la personne résidente avait reçu un type d'aliment de texture différente.

L'examen des notes de progrès et l'entrevue avec le ou la diététiste agréé(e) (DA) ont indiqué que le personnel avait mené un essai en donnant des aliments de texture différente à la personne résidente. Le ou la DA a déclaré que le personnel n'était pas censé modifier le régime alimentaire du résident à son insu.

Le ou la DA a confirmé que lorsque la fourniture d'un aliment de texture différente à la personne résidente par le personnel était une non-conformité du programme de soins 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^e étage Toronto
(Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Le non-respect du plan de soins lié à la texture des repas expose la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Notes cliniques sur la personne résidente; et entretien avec un(e) DA.
[000711]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, al. 6(10)b)

Programme de soins

6(10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

(b) b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes soient réévaluées et à ce que leur programme de soins soit examiné et révisé lorsque leurs besoins en matière de soins des pieds ont changé.

Justification et résumé

(i) Une plainte concernant les ongles d'une personne résidente a été portée à l'attention du foyer en 2024. La personne résidente recevait des services externes de soins des pieds, qui comprenaient la coupe des ongles des orteils. Cependant, le dernier service de soins des pieds de la personne résidente a été enregistré en 2023. Les entretiens avec le personnel ont révélé qu'on ignorait que les services de soins des pieds de la personne résidente avaient cessé depuis ce dernier service. Un(e) PSSP a mentionné avoir coupé les ongles des pieds de la personne résidente pendant les séances de douche, mais n'a pas pu se rappeler de dates spécifiques pendant l'entretien, et aucune documentation sur la prestation de soins aux pieds par le personnel n'a été trouvée. Un(e) autre PSSP qui a fourni des soins à la personne résidente au cours de la même période a déclaré que la coupe des ongles des orteils n'a jamais fait partie des soins de pieds offerts à cette personne.

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

Depuis l'arrêt des services externes de soins des pieds en 2023, les entretiens avec le personnel et l'examen des dossiers ont confirmé que les besoins en soins des pieds de la personne résidente avaient changé, que la personne résidente n'avait pas été réévaluée, et que les soins de pieds de son programme de soins n'avaient pas été révisés.

Le non-respect du programme posait un risque de directives imprécises pour les soins des pieds de la personne résidente.

Sources : Dossiers d'enquête du foyer; programme de soins de la personne résidente, mesures de soutien, rapport d'enquête sur la documentation v2, notes de progrès; entretiens avec les PSSP et d'autres membres du personnel.

[565]

Justification et résumé

(ii) La personne résidente recevait des services externes de soins des pieds, qui comprenaient la coupe des ongles des orteils.

L'examen des dossiers a indiqué que la personne résidente avait reçu des services de soins des pieds pour la dernière fois en 2023.

En 2024, une note de progrès indiquait que les ongles des orteils de la personne résidente devaient être coupés. Un(e) IAA a également confirmé que les ongles des orteils de la personne résidente devaient être coupés.

Une directrice ou un directeur adjoint(e) des soins infirmiers (DASI) a indiqué que le service externe de soins des pieds de la personne résidente a été arrêté après une date spécifiée en 2023. Depuis l'arrêt des services externes de soins des pieds en 2023, l'examen des dossiers a confirmé que les besoins en soins des pieds de la personne résidente avaient changé, que la situation de la personne résidente n'avait pas été réévaluée, et que son programme de soins n'avait pas été révisé conformément à ses besoins en soins des pieds.

Le ou la DASI a reconnu que les besoins de soins de la personne résidente ont changé lorsque le service externe de soins des pieds a été interrompu et que son programme de soins relativement à ses besoins de soins des pieds devait être réévalué.

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

Le défaut de s'assurer que le programme de soins de la personne résidente était réévalué et révisé posait un risque de directives peu claires relativement à ses soins de pieds.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; photos des ongles des orteils de la personne résidente; et entretiens avec un(e) IAA et un(e) DASI.

[000711]

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relatives aux plaintes — titulaires de permis

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

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, al. 26(1)c)

Marche à suivre relatives aux plaintes — titulaires de permis

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 ce que la plainte écrite qu'il a reçue concernant les soins d'une personne résidente soit immédiatement transmise au directeur.

Justification et résumé

Une plainte écrite concernant les soins d'une personne résidente a été envoyée au foyer à une date précise en 2024. L'entretien avec le personnel et l'examen des dossiers ont révélé que le DSI avait reçu et accusé réception de la plainte le lendemain.

Cependant, la plainte écrite n'a pas été transmise immédiatement au DSI, mais seulement après qu'un jour presque entier se soit écoulé.

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

Le non-respect présentait un risque de retard dans la prise en charge des préoccupations relatives aux soins de la personne résidente, ce qui pourrait entraîner d'autres préjudices ou des résultats négatifs.

Sources : Dossiers d'enquête et de plainte du foyer, SIC n° 2789-000004-24; entretien avec le ou la DSI. [565]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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 : LRSLD, 2021, par. 28(1) 2.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

28(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mauvais traitement allégué d'une personne résidente soit immédiatement signalé au ou à la DSI.

Justification et résumé

Une personne résidente a signalé à un(e) PSSP qu'un(e) autre PSSP l'avait frappé. À la réception de cette information, le ou la PSSP l'a signalée à l'IAA de garde, qui a ensuite parlé à la personne résidente. L'IAA n'a pas signalé l'incident, affirmant que la personne résidente ne s'en souvenait pas. Le lendemain, une blessure a été constatée sur la personne résidente, qui a déclaré avoir été frappée par quelqu'un.

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

L'examen des dossiers et les entretiens avec le personnel ont confirmé que le mauvais traitement allégué de la personne résidente n'avait pas été signalé immédiatement.

Sources : SIC n° 2789-000007-24, notes de progrès de la personne résidente; entretiens avec un(e) PSSP et d'autres membres du personnel.

[565]

AVIS ÉCRIT : Soins des pieds et des ongles

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 : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 39(2)

Soins des pieds et des ongles

39 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe des ongles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins des ongles, y compris la coupe des ongles.

Justification et résumé

Une personne résidente recevait des soins aux ongles, y compris la coupe des ongles, du foyer.

Un(e) IAA a reconnu que les ongles de la personne résidente devaient être coupés. L'examen du dossier a révélé que le médecin interne avait évalué la personne résidente et avait noté la nécessité de couper et de limer ses ongles.

L'IAA a reconnu qu'on aurait dû couper correctement les ongles 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^e étage Toronto
(Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Le fait de ne pas s'assurer que la personne résidente avait reçu les soins appropriés des ongles l'a exposé à un risque d'infection.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; photos des ongles de la personne résidente; et entretien avec un(e) IAA.
[000711]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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 : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(8)

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(8)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) du foyer relativement à l'équipement de protection individuelle (EPI).

Justification et résumé

Un(e) PSSP a été vu en train de retirer son EPI dans l'ordre suivant : enlever d'abord la blouse, puis les gants, après avoir prodigué des soins à une personne résidente visée par des mesures de précaution.

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

La politique du foyer exigeait que le personnel retire l'équipement de protection dans l'ordre suivant : gants, blouse, hygiène des mains, lunettes de protection, masque ou respirateur N95 et hygiène des mains.

Le ou la PSSP a reconnu ne pas avoir les EPI dans l'ordre approprié à la sortie de la chambre de la personne résidente.

Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (RPCI) a reconnu que le ou la PSSP n'avait pas retiré les EPI dans l'ordre approprié à la sortie de la chambre de la personne résidente.

Le fait que le personnel ne retire pas ses EPI conformément aux pratiques de routine et dans l'ordre approprié a augmenté le risque de propagation de maladies infectieuses parmi les personnes résidentes, le personnel et d'autres personnes.

Sources : Les observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, la politique du foyer en matière d'équipement de protection individuelle et les entretiens avec un(e) PSSP et le ou la RPCI.
[000711]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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 : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 108(2)e

Traitement des plaintes

108(2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé au 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^e étage Toronto
(Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

qui comprenait chaque date à laquelle une réponse a été fournie au mandataire spécial d'une personne résidente concernant sa plainte verbale et une description de la réponse.

Justification et résumé

L'examen des dossiers et les entretiens avec le personnel ont confirmé que le mandataire spécial d'une personne résidente avait soulevé des préoccupations quant aux soins des ongles des doigts et des orteils de cette personne.

Le dossier de courriel d'un(e) DASI indiquait que le foyer avait informé le mandataire spécial d'une personne résidente qu'elle procéderait à une autre recherche des faits.

L'examen du registre des plaintes et des dossiers de 2024 du foyer ne comprenait aucune documentation sur la réponse fournie au mandataire spécial de la personne résidente concernant le résultat de l'enquête du foyer et une description de la réponse. Un(e) coordonnateur(rice) de l'expérience familiale des personnes résidentes (CEFPR) et le ou la DASI ont tous deux confirmé qu'aucune réponse n'avait été fournie au mandataire spécial de la personne résidente. Ils ont reconnu qu'un dossier documenté avec une réponse aurait dû être fourni au mandataire spécial de la personne résidente.

Le non-respect présentait un risque de retard dans le traitement des préoccupations relatives aux soins de la personne résidente.

Sources : Les registres de plaintes du foyer pour 2024; les communications par courrier électronique du foyer; et les entretiens avec un(e) CEFPR et un(e) DASI.

[000711]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 009 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 115(1) 5.

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

Rapports : incidents graves

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'éclosion 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 foyer n'a pas veillé à ce que le ou la DSI soit immédiatement informé(e) d'une éclosion d'une maladie importante pour la santé publique ou d'une maladie transmissible telle que définie dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé

Une éclosion de virus respiratoire syncytial a été déclarée par l'Unité de santé publique (USP) dans la région d'un foyer. Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n'a pas été soumis immédiatement au ou à la DSI.

Le ou la RPCI et le ou la DASI ont tous deux reconnu que l'éclosion n'avait pas été signalée immédiatement au ou à la DSI, comme requis.

Il y avait un risque minimal associé au signalement tardif, car les interventions ont été rapidement mises en œuvre.

Sources : Examen du SIC n° 2789-000006-24; entretiens avec le ou la RPCI et le ou la DASI. [000711]