

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

**Rapport public initial****Date d'émission du rapport :** 29 juillet 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1280-0002**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**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 12 et du 15 au 19 juillet 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00113831 – plainte relative à des problèmes de soins de la peau et des plaies
- Plainte : n° 00116335 – plainte relative à la dotation de personnel
- Plainte : n° 00121334 – plainte relative une allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente

Les inspections sur le système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernaient :

- Plainte : n° 00120264 – 2789-000025-24 – relativement à une allégation de mauvais traitement ou de négligence à l'égard d'une personne résidente
- Plainte : n° 00111198 – 2789-000025-24 – relativement à des problèmes de soins de la peau et des plaies.
- Plainte : n° 00120460 — 2789-000026-24 – relativement à la prévention et au contrôle des infections (PCI)
- Plainte : n° 00111561 – 2789-000013-24 – relativement à l'administration de soins inappropriés à une personne résidente
- Plainte : n° 00111561 – 2789-000013-24 – relativement à une allégation de mauvais traitement ou de négligence à l'égard d'une personne résidente
- Plainte : n° 00112300 – 2789-000014-24 – relativement à la chute d'une personne résidente entraînant une blessure

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

Les inspections sur le SIC effectuées concernaient :

- Plainte : n° 00119730 – 2789-000022-24, Inspection : n° 00114229 – 2789-000015-24, inspection : 00116346 – 2789-000020-24, et inspection : n° 00114488 – 2789-000016-24 – relativement à la PCI
- Plainte : n° 00111497 – 2789-000011-24, Inspection : n° 00120199 – 2789-000023-24 – relativement à la chute d'une personne résidente entraînant une blessure

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
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)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de la disposition : par. 6(7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

par. 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.

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

**Justification et résumé**

Un membre du personnel prodiguait des soins à une personne résidente pendant son quart de travail. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient que les soins étaient prodigués de façon indépendante. Cependant, le programme de soins de la personne résidente indiquait que deux membres du personnel étaient nécessaires pour fournir ce soin.

Le membre du personnel a confirmé avoir prodigué le soin à la personne résidente de façon indépendante. Le directeur général (DG) a reconnu que lorsque le personnel fournissait le soin de manière indépendante, cela mettait la sécurité de la personne résidente à risque en raison de ses comportements.

La sécurité de la personne résidente était à risque lorsque les membres du personnel n'ont pas suivi pas le programme de soins.

**Sources :** Entretien avec le personnel et la direction du foyer, dossier clinique d'une personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes**

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 : 27 (1) b) 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 :  
b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident.

Le titulaire n'a pas veillé à ce que chaque incident allégué de négligence fasse l'objet d'une enquête et que les mesures appropriées soient prises en réponse à chaque incident de cette nature.

**Justification et résumé**

Le mandataire spécial d'une personne résidente a déposé des allégations relatives à plusieurs domaines de soins. Les notes d'enquête du foyer n'indiquaient pas les mesures prises par le foyer relativement à l'enquête sur cette allégation.

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

Les deux directeurs adjoints des soins infirmiers (DASI) n° 120 et n° 105 ont reconnu que cet élément de la plainte n'avait pas fait l'objet d'une enquête.

Le DG a admis qu'une enquête approfondie aurait dû être effectuée pour s'assurer que tous les éléments mis de l'avant dans la plainte fassent l'objet d'une enquête et que des mesures appropriées soient prises pour répondre à l'allégation.

L'omission de faire une enquête sur les allégations a augmenté le risque de préjudice à la personne résidente.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC), courriel du plaignant adressé au foyer, notes d'enquête du foyer, et entretien avec les DASI et le DG.

## **AVIS ÉCRIT : Exigences générales relatives aux programmes**

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 : 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

par. 34(2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que soient consignées les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de prévention des chutes, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de la personne résidente aux interventions.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente est tombée et s'est blessée.

Le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas l'utilisation d'une intervention. Le personnel a indiqué qu'une intervention précise était utilisée, mais que la personne résidente la refusait. Une observation a indiqué que la personne résidente disposait de l'intervention, mais que celle-ci n'était pas utilisée. Lorsque la personne résidente est revenue de

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

l'hôpital, il a été recommandé qu'une autre intervention soit mise en œuvre. Il n'était pas clair si cette intervention avait déjà été mise en œuvre, mais plusieurs membres du personnel pensaient qu'elle l'avait été et que la personne résidente la refusait.

Le directeur des soins infirmiers (DSI) par intérim a confirmé que si une intervention avait été mise en œuvre et refusée, cela aurait dû être consigné.

Le défaut de consigner les interventions pour la personne résidente ainsi que les réactions de celle-ci aux interventions l'a mise à risque d'avoir un programme de soins incohérent et sans directives claires, ce qui pourrait mener à un risque accru de chutes.

**Sources :** Rapport d'IC, dossier clinique de la personne résidente; observation de la chambre d'une personne résidente et entretien avec le DSI par intérim et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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 : 54 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Prévention et gestion des chutes

par. 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dispositif de prévention des chutes soit facilement accessible pour prévenir la chute d'une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente est tombée et s'est blessée. Lorsqu'elle est revenue de l'hôpital, un membre du personnel a noté qu'elle avait besoin d'un dispositif de prévention des chutes, et le personnel du soir devait faire le suivi.

Une IAA a noté et confirmé qu'un dispositif de prévention des chutes ne se trouvait pas en réserve après en avoir demandé un au chef du service de soins infirmiers. Le chef du service de soins infirmiers a indiqué que si un dispositif de prévention des chutes était nécessaire, il se

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

trouverait normalement dans une salle des fournitures ou au bureau du physiothérapeute. Toutefois, à une date déterminée, il a vérifié aux deux endroits et le dispositif de prévention des chutes n'était pas disponible. Le chef du service de soins infirmiers a rédigé un courriel adressé aux DASI et au physiothérapeute, indiquant qu'il demandait le dispositif de prévention des chutes pour la personne résidente.

Le défaut de disposer facilement du dispositif de prévention des chutes a mis la personne résidente à risque accru de subir une autre blessure.

**Sources :** Rapport d'IC, dossier clinique de la personne résidente, et entretien avec les membres du personnel du foyer.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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 : 55 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position visés au paragraphe (1) sont facilement accessibles au foyer s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fournitures pour les soins de la peau et des plaies soient facilement accessibles au foyer pour une personne résidente, ce qui a eu pour résultat que le pansement d'une personne résidente n'a pas été changé pour plusieurs jours.

**Justification et résumé**

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a indiqué que la personne résidente n'avait pas reçu de pansement à plusieurs dates, en raison des fournitures qui n'étaient pas disponibles. Un membre du personnel a confirmé avoir été incapable de réaliser un changement de pansement pour la personne résidente à l'une de ces dates, puisque les fournitures n'étaient pas facilement accessibles.

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

La DSI a confirmé que le pansement de la personne résidente n'avait pas été changé à plusieurs dates en raison du manque de fournitures et, par conséquent, cela a augmenté le risque d'infection pour la personne résidente.

Le défaut de veiller à ce que les fournitures soient facilement accessibles pour la personne résidente aurait pu mener à un risque d'infection pour la personne résidente.

**Sources :** Entretien avec le personnel et la direction du foyer, examen des dossiers cliniques d'une personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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 : 79(1)9 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

par. 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 qu'une personne résidente reçoive les techniques adéquates pour l'aider à manger.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente avait un risque nutritionnel élevé relatif à son état de santé et devait être nourrie à l'aide d'un ustensile à une vitesse et une quantité déterminées pour les aliments et les boissons.

Le mandataire spécial de la personne résidente s'est plaint qu'un membre du personnel avait nourri la personne résidente de façon inadéquate. Une PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas utilisé l'ustensile approprié pour nourrir la personne résidente ou lorsqu'elle lui offrait la boisson.

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

Après avoir reçu une plainte du mandataire spécial de la personne résidente, un diététiste professionnel (Dt. P.) a affirmé avoir observé une aide à la stimulation qui n'utilisait pas non plus l'ustensile approprié pour offrir la boisson à la personne résidente.

Deux autres PSSP identifiées ont également été observées omettre d'utiliser les techniques adéquates pour aider la personne résidente relativement à l'alimentation et cela a été confirmé avec un DASI.

L'omission d'utiliser les techniques adéquates pour nourrir la personne résidente a mis celle-ci à risque d'étouffement et d'aspiration des aliments.

**Sources :** Notes d'enquêtes du foyer, dossier clinique d'une personne résidente, observations, et entretien avec le personnel du foyer.

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 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 du permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la norme ou du protocole qu'a délivré la directrice ou le directeur par rapport à la PCI.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les précautions supplémentaires du programme de PCI ont été respectées, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » d'avril 2022 (Norme de PCI). Plus précisément, une PSSP n'a pas utilisé l'EPI approprié pour entrer dans la chambre d'une personne résidente soumise à des précautions supplémentaires, comme le requiert l'exigence supplémentaire 9.1 aux termes de la Norme de PCI.

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

**Justification et résumé**

Une personne résidente était soumise aux précautions d'exposition par gouttelettes et de contact. Une PSSP a été observée entrant dans la chambre de la personne résidente sans enfiler d'équipement de protection individuelle (EPI).

La responsable de la PCI a reconnu que la PSSP aurait dû porter une blouse, un écran facial, un masque et des gants au moment d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

Le défaut de veiller à ce que les précautions supplémentaires soient respectées dans le programme de PCI a entraîné un risque accru de transmission de l'infection dans le foyer.

**Sources :** Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée – Exigence supplémentaire 9.1 pour les précautions supplémentaires, entretien avec le personnel et la direction du foyer, observation d'une zone de personnes résidentes du foyer le 10 juillet 2024.

**AVIS ÉCRIT : Rapport et 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 : 108 (2) c) 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 :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figure le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises et tout suivi nécessaire.

**Justification et résumé**

Le mandataire spécial d'une personne résidente a déposé plusieurs allégations relatives aux soins. Le dossier d'enquête sur les plaintes du foyer ne comprenait pas les mesures du foyer concernant ces allégations.

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

Le DG a admis que le dossier de plainte ne comportait pas les mesures prises dans la réponse au plaignant.

L'omission de consigner les mesures prises par le foyer a mis la personne résidente à risque de subir d'autres préjudices, puisque le foyer n'était pas en mesure d'identifier les pratiques qui fonctionnaient et celles qui ne fonctionnaient pas.

**Sources** : Rapports du SIC, dossier d'enquête menée par le foyer sur la plainte, entretiens avec le DG et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes**

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 : 115 (5) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Signalements d'incidents graves

Par. 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
  - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les noms des membres du personnel qui ont découvert l'incident figurent dans le rapport d'Incident critique (IC) impliquant une personne résidente qui a été soumis.

### **Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne résidente avait fait une chute et subi une blessure. Le rapport indiquait que la personne résidente avait été trouvée gisant au sol par une PSSP. Le nom de la PSSP n'y figurait pas. Le DSI par intérim a indiqué qu'il ne connaissait pas cette exigence.

**Sources** : Rapport d'IC et entretien avec le DSI par intérim.

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

**AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

art. 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne soient pas périmés dans le cadre de la directive formulée par le médecin-hygiéniste en chef.

Conformément aux Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif (en vigueur à partir d'avril 2024), aux termes de la section 3.1 Mesures de PCI, les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doivent pas être périmés.

**Justification et résumé**

Pendant une observation d'une aire de personnes résidentes du foyer qui subissait une éclosion, un produit de DMBA fixé au mur était périmé et continuait d'être utilisé à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente qui était soumise à des précautions supplémentaires.

La responsable de la PCI a reconnu que le DMBA était périmé et a remplacé le produit. Le défaut du foyer de s'assurer qu'un DMBA ne soit pas périmé a augmenté le risque de transmission de l'infection dans une aire pour les personnes résidentes du foyer pendant une éclosion.

**Sources :** Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif (avril 2024), section 3.1 Mesure de PCI, observation d'un DMBA périmé, entretiens avec le personnel et la direction.