

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 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1503-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Unity Health Toronto

Foyer de soins de longue durée et ville : Providence Healthcare, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15-16, 19-23, 26-27 août 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 29 août 2024.

Les éléments suivants du système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) ont fait l'objet d'une inspection :

Plainte/incident : N° 00122954 – 3006-000032-24 – en lien avec une chute d'un résident entraînant une blessure

Plainte/incident : N° 00123472 – 3006-000034-24 – en lien avec l'administration de soins à un résident de façon inappropriée

Les plaintes suivantes ont fait l'objet d'une inspection :

Plainte/incident : N° 00112914 – en lien avec la nutrition

Les éléments suivants du système de rapport obligatoire d'incidents critiques ont fait l'objet d'une inspection :

Plainte/incident : N° 00120601 – 3006-000028-24, Plainte/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^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : (866) 311-8002

N° 00121284 – 3006-000030-24 – en lien avec une chute d'un résident
entraînant une blessure

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

Services de soins et d'assistance aux résidents
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité corrigée

Une **non-conformité** constatée lors de l'inspection a été **corrigée** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspecteur a estimé que la non-conformité corrigée répondait à l'intention du paragraphe 154 (2), et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021) **Non-respect de : 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 le logo indiquant un risque élevé de chute soit en place conformément à 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^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : (866) 311-8002

Justification et résumé

Aucun logo indiquant un risque élevé de chute n'a été mis en place. Le personnel a confirmé qu'il n'y avait pas de logo en place et qu'il aurait dû l'être, car la personne résidente présentait un risque élevé de chute. Le même jour, un membre du personnel a été aperçu mettant le logo en place.

L'absence d'un logo indiquant un risque élevé de chute pourrait faire en sorte que le personnel ne soit pas au courant que la personne résidente présente un risque de chute.

Sources : observation dans la chambre d'une personne résidente; entretiens avec le personnel et la direction du foyer.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 15 août 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient consignés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a manqué à son obligation de veiller à ce que le personnel documente la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lorsque la pile de son instrument médical portatif était déchargée.

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

Justification et résumé

L'appareil médical d'une personne résidente ne fonctionnait plus en raison de la pile qui était déchargée. Une personne qui était présente à ce moment-là a avisé le personnel. Un appareil médical de rechange a ensuite été fourni à la personne résidente. Il a été signalé que l'état de santé de la personne résidente avait changé au moment de l'incident.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que la prestation des soins en lien avec l'incident n'avait pas été documentée. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers et un ou une responsable des opérations cliniques ont indiqué que l'incident aurait dû être documenté par le personnel autorisé.

Le manquement du foyer à son obligation de veiller à la documentation de l'incident pourrait faire en sorte que le personnel ne soit pas au fait de l'incident et ne prenne pas les mesures qui s'imposent.

Sources : Entretien avec le personnel et la direction du foyer; examen du dossier clinique de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect de : 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

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

ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis a manqué à son obligation de veiller à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence de la part du personnel dans un secteur du foyer.

L'article 7 du *Règlement de l'Ontario 246/22* définit la négligence comme le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Justification et résumé

Une personne résidente s'est fait prescrire un traitement médical pour améliorer son confort. L'instrument médical de la personne résidente n'était pas fonctionnel et, par conséquent, la personne résidente a reçu un instrument médical de rechange, pour lequel une évaluation n'avait pas été effectuée.

Le personnel avait avisé le personnel autorisé de communiquer avec le fournisseur pendant le quart de jour, ce qui n'a pas été fait. Pendant le quart de soir le même jour, la pile de l'appareil médical de la personne résidente était déchargée. Une personne qui était présente à ce moment-là a immédiatement avisé le personnel, et la personne résidente s'est vue prêter un appareil médical de rechange. Par la suite, l'état de santé de la personne résidente a changé. Le fournisseur a été avisé plus tard par le personnel du soir, et la personne résidente a ensuite reçu un nouvel appareil médical.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers a indiqué que le fournisseur évalue

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

une personne résidente pour déterminer si des instruments médicaux peuvent être utilisés lorsqu'un médecin prescrit un traitement médical à une personne résidente. Ils ont indiqué que le personnel aurait dû utiliser l'instrument médical de rechange pour la personne résidente plutôt que l'instrument médical portatif durant la nuit. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers et le ou la responsable des opérations cliniques ont confirmé que l'infirmier ou l'infirmière autorisé (IA) aurait dû communiquer avec le fournisseur après en avoir été informé(e) par l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA). Toutefois, le fournisseur n'a été contacté qu'après que le personnel ait été informé de l'évolution de l'état de santé de la personne résidente. De plus, le personnel infirmier était chargé de surveiller l'appareil médical fourni à la personne résidente et de s'assurer que la pile était suffisamment chargée; la pile n'aurait pas dû être déchargée.

Le personnel n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un instrument médical portatif soit évaluée et à ce que l'équipement approprié soit fourni lorsque l'instrument médical de la personne résidente n'était pas fonctionnel. Le personnel n'a pas communiqué avec le fournisseur dans les délais requis pour s'assurer que l'équipement de la personne résidente était fonctionnel et n'a pas surveillé le niveau de charge de la pile de l'instrument médical, ce qui a entraîné un changement dans l'état de santé de la personne résidente.

Sources : Entretien avec le personnel et la direction du foyer, dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Production des aliments

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22,
Production alimentaire

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

paragraphe 78 (2) Le système de production alimentaire doit, au minimum, prévoir ce qui suit :

d) la préparation de tous les choix indiqués au menu conformément au menu planifié;

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan visant à se conformer à l'alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021) :

Le plan doit comprendre, entre autres, ce qui suit :

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour faire en sorte qu'il existe une approche normalisée pour la préparation des choix indiqués au menu du foyer pour les personnes résidentes qui suivent un régime alimentaire à texture adaptée, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques en vigueur. Plus précisément, le plan doit comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Comment l'établissement examinera les menus actuels et mettra en œuvre une approche normalisée pour la préparation et le service de tous les choix indiqués au menu, y compris les menus personnalisés, pour les personnes résidentes qui suivent un régime alimentaire à texture adaptée conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques en vigueur.

2. Former tout le personnel infirmier en soins directs et le personnel chargé des repas (y compris, sans s'y limiter, les infirmiers et infirmières autorisés, les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés, les aides-résidents, les cuisiniers et cuisinières et les aides-diététistes) sur la préparation et le service de tous les choix au menu pour les personnes résidentes qui suivent un régime alimentaire à texture adaptée afin qu'ils répondent aux exigences de la nouvelle approche normalisée du foyer, conformément à l'étape 1 du présent ordre;

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

3. Tenir un registre de la formation énoncée à l'étape 2, y compris la date, le contenu de la formation, la personne qui a donné la formation et le nom du personnel qui a reçu la formation.
4. Effectuer des vérifications aléatoires hebdomadaires dans toutes les zones du foyer pendant une période minimale de trois semaines pour s'assurer que le personnel prépare et sert les repas conformément à la nouvelle approche normalisée en matière de préparation des repas pour les personnes résidentes qui suivent un régime à texture adaptée.
5. Tenir un registre des vérifications énoncées à l'étape 4, y compris la date, l'objet de la vérification, la personne qui a mené la vérification, le nom des membres du personnel ou des personnes résidentes visées par la vérification, les résultats de chaque vérification et les mesures prises en réponse aux constatations de la vérification.
6. La ou les personnes qui seront responsables des étapes 1 à 5 et quand elles seront réalisées, le cas échéant.

Veillez soumettre le plan écrit pour assurer la conformité de l'inspection no 2024-1503-0003 à l'inspecteur des foyers de SLD, MSLD, par courriel d'ici le 4 octobre 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient aucun renseignement personnel ou renseignement personnel sur la santé.

Ce plan doit être mis en œuvre avant la date d'échéance de la mise en conformité :
28 octobre 2024.

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en place d'une approche normalisée concernant la préparation et le service de repas en texture hachée pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a reçu son repas dans sa chambre puisqu'elle était en isolement.

L'ordonnance alimentaire d'une personne résidente au moment de l'incident indiquait qu'elle suivait un régime à texture adaptée et qu'elle devait être entièrement supervisée lors des repas. La personne résidente s'est fait servir un repas qui devait être « haché ». Une ou un aide aux personnes résidentes a indiqué avoir préparé le repas et l'avoir placé devant la personne résidente, avec une boisson.

La personne résidente a d'abord saisi certains aliments avec ses mains et les a mangés rapidement. La personne résidente a ensuite commencé à s'agiter, et le personnel a immédiatement avisé le personnel autorisé, jugeant que la personne résidente semblait être en détresse. Le décès de la personne résidente a été constaté par la suite par le médecin.

Le menu personnel de la personne résidente au moment de l'incident indiquait que les aliments servis devaient être « hachés ». De plus, d'autres aliments du menu personnalisé devaient également être « hachés ».

L'aide aux personnes résidentes a confirmé ne pas avoir reçu de formation sur la façon de servir l'aliment en question qui devait être « haché » pour une personne résidente qui suivait un régime alimentaire à texture adaptée. La diététiste

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

professionnelle indique que le foyer n'était pas en mesure de garantir une constance dans la préparation de repas à texture adaptée par les aides aux personnes résidentes, car le foyer n'avait pas d'approche normalisée au moment de l'incident.

Le foyer n'a pas veillé à ce qu'il y ait une approche normalisée pour la préparation des plats au menu des personnes résidentes suivant un régime alimentaire à texture adaptée. Le personnel n'avait pas d'approche normalisée à suivre pour préparer les aliments devant être hachés selon la texture adaptée désirée, ce qui augmentait le risque que le personnel prépare et serve des aliments d'une texture non conforme à des résidents qui suivent un régime alimentaire à texture adaptée.

Sources : Entretien avec la direction et le personnel du foyer, rapport d'incidents critiques, menu thérapeutique du foyer, dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, observation d'un choix figurant au menu du foyer

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 28 octobre 2024.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous :

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Adresse courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services 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^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : (866) 311-8002

de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Adresse courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.