

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 1^{er} avril 2025

Numéro d'inspection : 2025-1503-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

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 : les 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28 et 31 mars 2025 ainsi que le 1^{er} avril 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00142741 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix 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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Gestion de la douleur

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problèmes de conformités corrigés

Des **problèmes de conformité** ont été constatés lors de cette inspection et ont été **corrigés** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que les problèmes de conformité répondaient à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitaient pas la prise de mesures supplémentaires.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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) 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 le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins en matière de soins de cette personne ont changé. La personne résidente avait besoin d'un équipement d'une taille particulière pour son transfert, mais elle a été observée ayant un équipement d'une taille différente.

Le programme de soins de la personne résidente a été révisé afin de corriger la taille de l'équipement pour le transfert de la personne résidente à la suite de l'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Observation, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec une personne résidente, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 mars 2025

Problème de conformité n° 002 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé au respect de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) que délivre le directeur.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient installées dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne conformément à l'exigence supplémentaire 11.6 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023).

Le 21 mars 2025, les affiches ont été installées.

Sources : Observations; entretien avec le directeur des soins et le professionnel de la PCI.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 mars 2025

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 003 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 5 ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'amélioration constante de la qualité de 2024 contienne les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins. Le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité a confirmé que le rapport du foyer ne contenait pas de renseignements relatifs aux résultats du sondage annuel du foyer pour 2024.

Un rapport d'amélioration constante de la qualité révisé a été examiné le 31 mars 2025 et contenait cette exigence.

Sources : Rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024; entretien avec le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 31 mars 2025

Problème de conformité n° 004 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 5 iii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024 contienne des renseignements sur la manière dont les résultats du sondage annuel ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents et au conseil des familles, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer. Le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité a confirmé que le rapport du foyer ne contenait pas cette information dans le rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024.

Un rapport d'amélioration constante de la qualité révisé a été examiné le 31 mars 2025 et contenait cette exigence.

Sources : Rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024; entretien avec le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 31 mars 2025

Problème de conformité n° 005 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 v du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024 contienne des renseignements sur la manière dont les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents et au conseil des familles, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer. Le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité a confirmé que le rapport du foyer ne contenait pas cette information dans le rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024.

Un rapport d'amélioration constante de la qualité révisé a été examiné le 31 mars 2025 et contenait cette exigence.

Sources : Rapport d'amélioration constante de la qualité pour 2024; entretien avec le spécialiste et responsable de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 31 mars 2025

Problème de conformité n° 006 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 265 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer. Le 20 mars 2025, lors de la visite initiale du foyer, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la politique concernant les visiteurs n'y était pas affichée.

La politique concernant les visiteurs a été affichée dans le foyer plus tard dans la journée du 20 mars 2025.

Sources : Observations et entretien avec le directeur des soins

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 mars 2025

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes menant aux aires non résidentielles soient verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées. Le

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

20 mars 2025, lors d'une observation, il a été constaté que les portes des salles de matériel souillé et des salles de spa, auxquelles les personnes résidentes n'avaient pas accès sans surveillance, étaient déverrouillées dans plusieurs unités du foyer.

Sources : Observation et entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fenêtres des chambres des personnes résidentes ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres. Lors de la visite initiale du foyer le 20 mars 2025, il a été constaté que les fenêtres de deux chambres de personnes résidentes pouvaient être ouvertes de plus de 15 cm.

Sources : Observation et entretien avec le directeur des soins

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer. Il n'y avait aucun registre des mesures dans les aires communes des personnes résidentes des deuxième, troisième et quatrième étages du foyer au cours de la dernière semaine de mars 2025.

Sources : Registres des températures ambiantes du foyer et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe (5) Le titulaire de permis tient, pendant au moins un an, un dossier où sont consignées les températures mesurées en application des paragraphes (2), (3) et (4).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à conserver pendant au moins un an les mesures consignées des températures ambiantes dans les différentes aires du foyer. Il n'y avait pas de registres des températures mesurées du 2 septembre 2024 au 28 février 2025.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Registres des températures ambiantes du foyer et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur soit évalué et mis à jour une fois par année. Le directeur des soins a confirmé que le foyer n'avait pas réalisé l'évaluation du programme de gestion de la douleur pour 2024.

Sources : Entretien avec le directeur des soins; examen des communications par courriel du directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Soins de la peau et des plaies

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

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit évaluée par le diététiste professionnel (Dt.P.) lorsqu'une altération de l'intégrité épidermique s'est aggravée dans une zone. Le Dt.P. a confirmé qu'il aurait dû être informé par le personnel infirmier de l'aggravation de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente, afin qu'une évaluation puisse être effectuée et que des modifications soient apportées aux interventions nutritionnelles de la personne résidente.

Sources : Examen des notes d'évolution et du programme de soins d'une personne résidente; politique du foyer sur les soins de la peau et la prévention des lésions de pression (*Houses of Providence – Skin Care and Pressure Injury Prevention*), datée de juillet 2021; entretien avec le Dt.P. et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA).

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du cycle de menus pour 2024-2025 soit consignée et comprenne la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date de mise en œuvre des modifications. Le Dt.P. a confirmé que l'évaluation du cycle de menus réalisée pour l'automne/hiver 2024-2025 n'avait pas été consignée dans un dossier qui comprenait la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date de mise en œuvre des modifications.

Sources : Examen de l'évaluation des menus du foyer; communication par courriel avec le Dt.P.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la Norme de PCI délivrée par le directeur.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

i). Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'après une éclosion, l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tiennent une séance de compte rendu pour déterminer quelles pratiques en matière de PCI ont été efficaces ou inefficaces dans la gestion de l'éclosion conformément à l'exigence supplémentaire 4.3 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023).

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques n° 3006-000003-25; entretien avec le directeur des soins et le professionnel de la PCI.

ii). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le chef d'équipe fasse preuve d'une utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023), lorsqu'il a été aperçu en train de porter les mêmes gants pour ramasser plusieurs contenants pour objets acérés dans une unité de personnes résidentes.

Sources : Observations; entretien avec le chef d'équipe et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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 deux chefs d'équipe participent à la mise en œuvre du programme de PCI du foyer, en ce qui concerne le port de masques chirurgicaux dans les unités de personnes résidentes en cas d'éclosion. Lors d'une observation, deux chefs d'équipe ont été vus alors qu'ils ne portaient pas de masque chirurgical dans des unités de personnes résidentes touchées par une éclosion. Le directeur des soins a indiqué que le port de masques chirurgicaux était requis dans les unités touchées par une éclosion.

Sources : Observations; entretien avec deux chefs d'équipe et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'une personne résidente soient consignés à chaque quart de travail lorsqu'une infection respiratoire a été diagnostiquée. L'examen de la documentation a révélé que les évaluations ou les symptômes de la personne résidente n'ont pas été documentés pendant

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

trois quarts de travail, alors que la personne résidente présentait activement des symptômes et qu'elle était assujettie à des précautions d'isolement.

Sources : Examen des évaluations de la personne résidente et des notes d'évolution dans PointClickCare (PCC); entretien avec le directeur des soins et le professionnel de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 124 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. La dernière évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments du foyer du 16 janvier 2025 indiquait que le directeur médical n'avait pas été présent pour l'évaluation.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments du foyer et entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 147 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) les modifications et améliorations recensées lors de l'examen sont mises en œuvre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des modifications et des recommandations soient relevées dans l'examen trimestriel des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables aux médicaments. Lors du dernier examen trimestriel des incidents liés à des médicaments et à des réactions indésirables aux médicaments réalisé le 16 janvier 2025, aucune modification ni aucune recommandation n'ont été relevées.

Sources : Dernier examen trimestriel du système de gestion des médicaments et des incidents liés aux médicaments, et entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 259 (2) h) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel du foyer reçoive une formation sur la manipulation et de l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'EPI utilisé, dans le cadre de la PCI. Le professionnel de la PCI n'a pas été en mesure de démontrer que ce sujet était inclus dans la formation annuelle du personnel sur la PCI.

Sources : Examen des modules de formation sur la PCI du foyer de la plateforme Surge Learning; communications par courriel avec le professionnel de la PCI; entretien avec le directeur des soins.