

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

Rapport public
Date d'émission du rapport : 13 mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1503-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Unity Health Toronto

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

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

 L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 15 au 17, le 22, le 24, le 25, du 28 au 30 avril 2025 et le 1^{er}, le 2, le 6 et le 7 mai 2025

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : le 28 avril 2025

L'inspection concernait les dossiers du système de rapport d'incidents critiques (IC) suivants :

- Le dossier : n° 00133888 – [Incident critique : 3006-000050-24] – Négligence et violence émotionnelle et verbale envers les personnes résidentes par le personnel
- Le dossier : n° 00140487 – [Incident critique : 3006-000005-25] – Mauvais traitements d'ordre physique envers les personnes résidentes par le personnel
- Le dossier : n° 00142080 – [Incident critique : 3006-000011-25] – Mauvaise alimentation et mauvais positionnement
- Le dossier : n° 00142405 – [Incident critique : 3006-000013-25] – Soins inappropriés aux personnes résidentes et négligence
- Le dossier : n° 00142512 – [Incident critique : 3006-000016-25] – Chute entraînant une blessure
- Le dossier : n° 00143305 – [Incident critique : 3006-000024-25] – Techniques de déplacement et de changement de position inadéquates
- Le dossier : n° 00144512 – [Incident critique : 3006-000026-25] – Prévention et contrôle des infections

L'inspection concernait les dossiers de plaintes suivants :

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

· Le dossier : n° 00143058 – Alimentation et hydratation des personnes résidentes

Le ou les dossiers de suivi ont été inspectés :

· Le dossier : n° 00139888 – Prévention et contrôle des infections

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :

· Le dossier : n° 00141809 – [Incident critique : 3006-000007-25], le dossier : n° 00142102 – [Incident critique : 3006-000009-25], le dossier : n° 00142528 – [Incident critique : 3006-000017-25], le dossier : n° 00142857 – [Incident critique : 3006-000020-25]. Le dossier : n° 00143232 – [Incident critique : 3006-000023-25] – Prévention et contrôle des infections.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1503-0001 lié à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Soins liés à l'incontinence
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) n° 100 et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins des personnes résidentes collaborent lors de l'évaluation de la personne résidente.

Une ou un IA a administré un mauvais type de supplément nutritionnel à la personne résidente.

L'IA n'a pas réévalué l'état de la personne résidente, ne l'a pas surveillé après avoir commis l'erreur et n'a pas consigné par écrit l'administration du supplément pour en informer le quart de travail suivant. L'IA n'a pas non plus informé le médecin de l'incident pour qu'il donne des instructions.

L'IA a transmis un rapport verbal à une ou un autre IA concernant l'incident. Cette autre IA n'a pas informé les infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) de l'incident. La ou le responsable des opérations cliniques et la directrice des soins infirmiers ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont mentionné que l'IA n'avait pas collaboré avec l'équipe lors de l'évaluation de la personne résidente.

Sources : les dossiers cliniques des personnes résidentes; les notes d'enquête du foyer; la politique du foyer en matière d'alimentation entérale par sonde (*Enteral Tube Feeding Policy*, document n° UHT0000977; date de la dernière mise à jour : 2 mai 2022); les entretiens avec une ou un IAA, les IA, la ou le responsable des opérations cliniques et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité no 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 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 transmettre immédiatement à la directrice ou au directeur toute plainte écrite qu'il a reçue concernant les soins prodigués à une personne résidente ou l'exploitation d'un foyer de soins de longue durée pour de multiples incidents. Au total, huit plaintes écrites envoyées par courriel concernant les soins prodigués à une personne résidente du foyer n'ont pas été transmises à la directrice ou au directeur.

La ou le responsable des opérations cliniques et la ou le DSI ont mentionné que huit plaintes écrites n'avaient pas été transmises à la directrice ou au directeur.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente; les notes d'enquête du foyer; les entretiens avec la ou le responsable des opérations cliniques et la ou le DSI.

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'administration d'un traitement ou de soins à

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

une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à celle-ci soit immédiatement signalée au directeur ou à la directrice.

i) Un incident présumé d'administration de soins inappropriés à une personne résidente s'est produit. Aucun message n'a été envoyé au ministère des Soins de longue durée (MSLD) au moyen du téléavertisseur. Le rapport d'incident critique (IC) a été soumis pour la première fois au MSLD plusieurs jours après l'incident présumé.

Sources : l'incident critique n° 3006-000011-25; l'entretien avec la ou le responsable des opérations cliniques.

ii) Une personne résidente a été mal déplacée et s'est blessée. Les membres du personnel qui se sont occupés du déplacement n'ont pas signalé l'incident. La personne résidente a signalé l'incident au médecin, qui a consigné l'incident dans les notes d'évolution de cette personne dans l'outil Point Click Care. Le foyer a remis le rapport d'incident critique qu'une semaine après l'incident. La ou le DSI a reconnu que le rapport d'incident critique n'avait pas été soumis à temps.

Sources : le rapport d'incident critique; les notes d'enquête sur l'incident critique; les dossiers cliniques de la personne résidente; la politique de tolérance zéro en matière de maltraitance et de négligence (*Zero Tolerance for Abuse and Neglect Policy*, document n° UHT0000384, date de la dernière mise à jour : 26 avril 2023); les entretiens avec les préposés aux bénéficiaires, la ou le DSI et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Des techniques particulières devaient être utilisées pour une personne résidente en raison de son état de santé. Une ou un préposé aux bénéficiaires n'a pas utilisé la bonne technique pour changer la personne résidente de position, ce qui a entraîné une blessure. La ou le préposé aux bénéficiaires n'a pas utilisé de techniques de transfert sécuritaires pour changer la personne résidente de position.

Sources : les notes d'enquête sur l'incident critique; les entretiens avec les préposés aux bénéficiaires, la ou le DSI et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel fournisse à la personne résidente suffisamment de produits pour incontinence pour qu'elle reste propre, sèche et à l'aise. La personne résidente n'a pas été changée pendant plusieurs heures alors que son sous-vêtement adapté pour l'incontinence et son linge de lit étaient souillés.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente; les notes d'enquête du foyer; les entretiens avec une ou un IAA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité no 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évaluées au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Une personne résidente s'est vue administrer un médicament contre la douleur qui s'est avéré inefficace; la personne résidente a continué à ressentir de la douleur. Aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée pour cette personne.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente; la politique de gestion de la douleur (*Pain Management Policy*, document n° HP052, date de la dernière mise à jour : 27 juillet 2021); l'entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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.

Paragraphe 102 (9) du Règl. de l'Ont. 246/22

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'elle présentait des symptômes indiquant la présence d'infections. Les symptômes de la personne résidente n'ont pas été consignés au cours de plusieurs quarts de travail, alors que les précautions contre les gouttelettes et

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

les contacts étaient en vigueur.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente; l'entretien avec le personnel praticien de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de non-conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 138 (1) a) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
- ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments topiques de la personne résidente soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé. La ou le DSI a confirmé que les médicaments auraient dû être remis dans le chariot après l'administration de la dose.

Sources : les observations; les dossiers cliniques de la personne résidente; l'entretien avec la ou le DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD [2021]] :

1. Offrir une nouvelle formation au personnel infirmier (préposé aux bénéficiaires, infirmière et infirmier auxiliaire autorisé [IAA] et infirmière et infirmier autorisé [IA]) affecté à un foyer de résidents précis, pendant les quarts de jour et de soir d'une date donnée, sur le programme de soins de la personne résidente concernant le positionnement pendant l'alimentation et les risques de sécurité liés à un mauvais positionnement, dans le cadre de l'ordre de conformité n°004.

2. Offrir une nouvelle formation au personnel infirmier (préposé au bénéficiaire, IAA, IA) du foyer de Poplar sur le programme de soins de la personne résidente concernant le positionnement pendant une alimentation particulière et les risques de sécurité liés à un mauvais positionnement, dans le cadre de l'ordre de conformité n°001.

3. Offrir une nouvelle formation aux IA dans le cadre de l'ordre de conformité n°10 et n°135; aux IAA dans le cadre de l'ordre de conformité n°136; à tout le personnel autorisé (IAA et IA) affecté à un foyer de résidents précis sur le programme de soins de la personne résidente concernant l'alimentation dans le cadre de l'ordre de conformité n°001. La formation doit porter, entre autres, sur la prescription nutritionnelle de la personne résidente, la mise en place d'une alimentation, les procédures et les interventions prescrites pour cette personne.

4. Conserver une trace écrite de la formation, y compris les membres du personnel qui ont suivi la formation, la date et l'heure de la formation, la personne qui a dispensé la formation et les sujets abordés.

5. Effectuer deux vérifications par semaine, pendant les quarts de jour et de soir et sur une période de trois semaines, du positionnement de la personne résidente pendant l'alimentation dans le cadre de l'ordre de conformité n° 004. Si la personne de l'ordre de conformité n° 004 n'est pas disponible, la vérification doit porter sur le positionnement d'une autre personne résidente qui a une alimentation particulière.

6. Effectuer deux vérifications hebdomadaires, pendant une période de trois semaines, du

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

positionnement de la personne résidente pendant l'alimentation dans le cadre de l'ordre de conformité n° 001. Si la personne de l'ordre de conformité n° 001 n'est pas disponible, la vérification doit porter sur une autre personne résidente qui a une alimentation entérale. Les vérifications de l'ordre de conformité n° 001 doivent être effectuées au moins une fois par quart (jour, soir et nuit).

7. Conserver une trace écrite des vérifications, y compris les dates, les personnes qui les ont effectuées, le personnel et les personnes résidentes ayant fait l'objet de ces vérifications, les résultats des vérifications et les mesures prises en réponse aux conclusions des vérifications.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente concernant le positionnement pendant l'alimentation soit respecté (ordre de conformité n° 004).

Justification et résumé

La tête de lit de la personne résidente, conformément à son programme de soins, devait être surélevée pendant que la personne résidente recevait une alimentation (ordre de conformité n° 004). Une ou un IAA a trouvé la personne résidente dans une position incorrecte qui a entraîné un état grave nécessitant une hospitalisation.

L'IAA a confirmé que selon la personne résidente était incapable de se repositionner et que, selon le programme de soins, la tête de lit aurait dû être surélevée (ordre de conformité n° 004).

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la hauteur de la tête de la personne résidente soit surélevée pendant qu'elle reçoit une alimentation, comme le prévoit son programme de soins, a entraîné son transfert à l'hôpital en raison d'un changement important de son état (ordre de conformité n° 004).

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente (ordre de conformité n° 004); les notes d'enquête du foyer; les entretiens avec une ou un IAA et la ou le responsable des opérations cliniques.

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

ii) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient fournis à cette dernière tel que le précise le programme (ordre de conformité n° 001).

Justification et résumé

(1) La tête de lit de la personne résidente devait être surélevée, conformément à son programme de soins (ordre de conformité n° 001). À plusieurs reprises, le personnel n'a pas veillé à ce que la hauteur de la tête de la personne résidente soit surélevée conformément au programme de soins.

La ou le responsable des opérations cliniques a mentionné que la personne résidente présentait un risque d'aspiration et qu'il était nécessaire d'élever sa tête de lit, conformément au programme de soins (ordre de conformité n° 001). La ou le responsable des opérations cliniques a mentionné que le personnel ne positionnait pas la tête de la personne résidente comme le prévoyait le programme de soins.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la hauteur de la tête de la personne résidente soit surélevée conformément à son programme de soins a entraîné un risque accru de préjudice (ordre de conformité n° 001).

(2) La personne résidente devait recevoir une intervention précise avant et après l'administration des médicaments et le repas, conformément à son programme de soins (ordre de conformité n° 001). À plusieurs occasions, plusieurs membres du personnel n'ont pas respecté le programme de soins.

La ou le responsable des opérations cliniques a mentionné que les interventions étaient nécessaires et a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été respecté.

Le fait de ne pas effectuer les interventions prévues entraîne un risque de préjudice important pour la personne résidente.

(3) La personne résidente devait recevoir un supplément nutritionnel précis conformément

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

à son programme de soins (ordre de conformité n° 001). À plusieurs occasions, la personne résidente n'a pas reçu la bonne quantité de supplément et s'est vu administrer le mauvais supplément.

La ou le responsable des opérations cliniques a mentionné que le personnel autorisé aurait dû vérifier le supplément nutritionnel pour s'assurer qu'il était administré de manière appropriée.

Le fait de ne pas fournir à la personne résidente (ordre de conformité n° 001) la bonne quantité de supplément nutritionnel et de ne pas s'assurer qu'il s'agissait des bons suppléments, conformément à son programme de soins, a fait courir à la personne résidente le risque de ne pas recevoir une nutrition et une hydratation appropriées.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente (ordre de conformité n° 001); les notes d'enquête du foyer; la politique du foyer en matière d'alimentation entérale par sonde (*Enteral Tube Feeding Policy*, document n° UHT0000977; date de la dernière mise à jour : 2 mai 2022); les entretiens avec la ou le diététiste professionnel et la ou le responsable des opérations cliniques.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 18 juin 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent APA par ordre de conformité n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD [2021]), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité

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

administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Un ordre de conformité aux termes du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021) a été émis le 16 décembre 2022 dans le cadre de l'inspection n° 2022-1503-0002.

Il s'agit du premier APA émis à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021).

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

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD [2021]] :

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

1. Donner une formation aux préposés aux bénéficiaires (ordre de conformité n° 113) sur la politique à l'intention du titulaire de permis et des attentes relatives à la mise en œuvre des programmes de soins des personnes résidentes, en mettant l'accent sur les méthodes et les dispositifs de déplacement.
2. Donner une formation aux préposés aux bénéficiaires (ordres de conformité n° 113 et n° 115) sur la politique du foyer en matière de maltraitance et de négligence (*Abuse and Neglect Policy*), en mettant l'accent sur leur obligation de signaler les traitements ou les soins inappropriés ou donnés de façon incompétente à une personne résidente qui ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour cette personne.
3. Donner une formation à l'ensemble du personnel autorisé affecté à un foyer de résidents précis sur la politique du foyer en matière de surveillance et d'évaluation de la douleur des résidents (*policy for monitoring and assessment of residents' pain*), les interventions contre la douleur et les attentes connexes.
4. Conserver un registre des formations des étapes 1 à 3, y compris le contenu de la formation, la date à laquelle la formation a été donnée, les membres du personnel ayant reçu la formation et les membres du personnel ayant dispensé la formation.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 003 ne subisse pas de mauvais traitements de sa part ou de la part du personnel.

En vertu de la définition de « négligence » de l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, le terme « [s]'entend du 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 blessée à la suite d'un déplacement inapproprié effectué par le personnel, qui n'a pas signalé l'incident au personnel autorisé. Également, la douleur de la personne résidente n'a pas été traitée ou surveillée de façon adaptée.

- i) Deux membres du personnel n'ont pas déplacé en toute sécurité une personne résidente

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

qui avait besoin d'aide, ce qui a entraîné une blessure et une douleur à cette dernière personne.

Les membres du personnel n'ont pas signalé l'incident pendant leur quart de travail. La personne résidente a déclaré qu'elle ressentait de la douleur à la suite de l'incident et qu'elle pensait que le personnel signalerait l'incident. Le lendemain, la personne résidente a signalé l'incident au médecin lorsqu'elle s'est rendu compte que les autres membres du personnel n'étaient pas au courant de l'incident.

Les membres du personnel n'ont pas immédiatement signalé l'incident lié au déplacement inapproprié, ce qui a empêché le foyer de prendre des mesures immédiates et de surveiller et traiter de façon adaptée la douleur de la personne résidente.

ii) La personne résidente a signalé à une ou un IAA qu'elle ressentait de la douleur. L'IAA a administré des médicaments contre la douleur et a consigné l'importance de « continuer à surveiller » l'état de la personne résidente. La personne résidente n'a reçu des médicaments contre la douleur qu'une seule fois au cours des jours suivants. Aucun autre document de surveillance ou d'évaluation de la douleur de la personne résidente n'a été trouvé.

La personne résidente a continué à ressentir des douleurs importantes pendant plusieurs jours.

Le fait de ne pas avoir signalé une blessure potentielle et de ne pas avoir surveillé et traité la douleur de la personne résidente avec cohérence a entraîné de la douleur chez la personne résidente et un retard dans le traitement.

Sources : les dossiers cliniques de la personne résidente; les notes d'enquête du système de rapport d'incidents critiques; la politique de tolérance zéro en matière de maltraitance et de négligence (*Zero Tolerance for Abuse and Neglect Policy*, document n° UHT0000384, date de la dernière mise à jour : 26 avril 2023); les entretiens avec les préposés aux bénéficiaires, la ou le DSI et la personne résidente.

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre de conformité au plus tard le
18 juin 2025.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 ou à la directrice 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 la directrice 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 ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 ou la directrice 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur ou directrice

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

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

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 ou de la directrice 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 ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, 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 de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

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

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

Directeur ou directrice

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
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.