

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 14 mars 2024

Numéro d'inspection : 2024-1590-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : City of Toronto

Foyer de soins de longue durée et ville : True Davidson Acres, Toronto

Inspectrice principale

Susan Semeredy (501)

Signature numérique de l'inspectrice

Susan L
Semeredy

 Digitally signed by Susan L
Semeredy
Date: 2024.05.16 13:20:27 -04'00'

Autre inspectrice

Cindy Ma (000711)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 23, 25, 26, 29 et 30 avril 2024 et les 1^{er}, 3, 6 et 7 mai 2024.

Les inspections concernaient :

- Inspection : n° 00114191 – Inspection proactive de la conformité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles

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

Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*.

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre la négligence et les mauvais traitements d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Justification et résumé

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre verbal comme suit : « toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi. »

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

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « 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. »

Il a été rapporté à l'inspectrice qu'une PSSP, qui fournissait des soins à une personne résidente, avait eu une conversation avec elle où elle s'est sentie dégradée. Par ailleurs, la PSSP avait parfois omis de prodiguer des soins. La personne résidente avait signalé la situation et des mesures avaient été prises par le foyer, mais elle craignait encore des représailles.

Durant l'enquête du foyer sur l'incident, la personne résidente a déclaré que la PSSP avait fait preuve de négligence à son égard et avait fait des remarques qui l'ont amenée à se sentir indignée. À la suite de ces allégations, une infirmière gestionnaire a pris des mesures et, après avoir rencontré la PSSP, elle a conclu qu'elle avait en effet négligé les soins à l'égard d'une personne résidente.

Le défaut de protéger une personne résidente contre la négligence et les mauvais traitements risquait de compromettre sa santé et son sentiment de bien-être.

Sources : Notes d'enquête du foyer, entretiens avec une personne résidente et le personnel. [501]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (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 :

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport d'allégations et de soupçons de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une PSSP.

Justification et résumé

Une personne résidente a exprimé à une PSSP à quel point ses interactions avec une autre PSSP la contrariaient. La PSSP a signalé la situation à une infirmière gestionnaire. Les documents indiquaient que la personne résidente a dit à l'infirmière gestionnaire que lorsqu'elle demandait des soins, la PSSP faisait des commentaires dégradants et que, parfois, cette personne ne fournissait pas les soins nécessaires. En réponse, l'infirmière gestionnaire a pris des mesures et a rencontré la PSSP désignée. Dans une lettre disciplinaire, il est indiqué que la PSSP n'avait pas fourni les soins requis à la personne résidente.

L'administrateur a reconnu que le foyer avait des motifs suffisants de soupçonner qu'une personne résidente avait été victime de négligence et de mauvais traitements de la part d'une PSSP et qu'il aurait dû en informer la direction.

Le fait de ne pas avoir fait rapport de cette allégation a exposé la personne résidente à un risque continu d'anxiété et de peur.

Sources : Notes d'enquête du foyer, entretien avec une personne résidente, une infirmière gestionnaire et d'autres membres du personnel. [501]

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect : de la sous-disposition 1 i 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 :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles

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

les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
i. gardées fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les terrasses soient gardées verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées.

Justification et résumé

Les observations effectuées lors de l'inspection ont révélé que sur deux étages, les portes donnant sur les terrasses étaient laissées déverrouillées lorsqu'elles n'étaient pas sous surveillance du personnel.

Deux infirmières auxiliaires autorisées (IAA), un adjoint aux services de loisirs et une infirmière gestionnaire ont confirmé que les portes donnant sur les terrasses auraient dû être verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les portes soient verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées représentait un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observations et entretiens avec le personnel. [000711]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 77 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

a) trois repas par jour;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois repas par jour soient offerts à une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente ne se trouvait pas dans la salle à manger pendant un repas. Une IAA a expliqué que la personne résidente était surveillée dans sa chambre pour

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

des raisons médicales. Il a été constaté que la personne résidente était au lit et qu'il y avait déjà un plateau-repas à moitié mangé. L'IAA a dit qu'elle avait essayé de lui donner le reste du repas, mais que la personne résidente l'avait refusé, donc le repas actuel ne lui avait pas été proposé.

Le diététiste agréé a reconnu que la personne résidente aurait dû se voir proposer un repas frais.

Le fait de ne pas lui offrir de repas a exposé la personne résidente à un risque de détérioration de son état nutritionnel en raison d'un apport insuffisant.

Sources : Observation, plan de soins d'une personne résidente et entretiens avec le personnel. [501]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments compris dans le système de préparation alimentaire soient servis au moyen de méthodes qui empêchent les maladies d'origine alimentaire.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à la mise en place d'une politique de sorte que tous les aliments compris dans le système de préparation alimentaire soient servis au moyen de méthodes qui empêchent les maladies d'origine alimentaire, et à ce qu'elle soit respectée.

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

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique n° FN-0313-01 en matière d'enregistrement de la température des services de repas, publiée le 15 août 2021. Cette politique stipule que les travailleurs des services alimentaires doivent prendre la température avant de servir chaque repas, quel que soit le type de régime. Ils doivent l'enregistrer pour s'assurer que les aliments sont gardés à une température acceptable (aliments froids : 4 °C/40 °F, aliments chauds : 60 °C/140 °F ou plus). Les boissons et les aliments froids qui ne sont pas suffisamment froids doivent être refroidis à des températures appropriées avant le service, et cette température doit également être enregistrée.

Justification et résumé

Pendant un service de repas, il a été remarqué qu'un travailleur des services alimentaires avait enregistré une température de 4 °C pour la salade aux œufs. Plus tard, il a été constaté qu'il avait repris la température, qui était maintenant de 6 °C, et qu'il semblait hésiter quant à la marche à suivre.

Il a été noté que tous les desserts froids étaient enregistrés à une température de 4 °C. Lorsqu'on a demandé de prendre la température de deux plats stockés au réfrigérateur, le cocktail de fruits était à 6,8 °C et le cocktail de fruits hachés à 4,8 °C. Selon les registres de température de cette aire de repas, pendant plusieurs jours, la température de tous les aliments froids était de 4 °C ou n'était pas relevée du tout.

La responsable de l'alimentation et de la nutrition a reconnu que le travailleur des services alimentaires n'avait pas pris la température des aliments froids conformément à sa politique, car il aurait été impossible que tous les aliments froids aient toujours exactement la même température.

Le fait de ne pas avoir pris la température des aliments au moment du service a exposé les personnes résidentes à un risque de maladies d'origine alimentaire.

Sources : Observation, registres de température des aliments, politique du foyer et entretiens avec un travailleur des services alimentaires et la responsable de l'alimentation et de la nutrition. [501]

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

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, selon le point f) de la section 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé

Une IAA a été observée en train d'enfiler son EPI dans l'ordre suivant : lunettes de protection, blouse et gants, avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. Une fois qu'elle a terminé de fournir des soins à la personne résidente, on l'a vue retirer son EPI dans l'ordre suivant : gants, hygiène des mains, blouse, retrait de l'écran facial et hygiène des mains.

Selon la politique du foyer, le personnel doit mettre l'EPI dans l'ordre suivant : hygiène des mains, blouse, masque/masque respiratoire N95, lunettes de protection et gants. La politique stipule également que le personnel doit enlever l'EPI dans l'ordre suivant : gants, blouse, hygiène des mains, lunettes de protection, masque/masque respiratoire N95, hygiène des mains.

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

La responsable de la PCI a confirmé que l'IAA n'avait ni enfilé et retiré l'EPI ni pratiqué l'hygiène des mains dans l'ordre approprié avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente et de la quitter.

Sources : Observation, politique du foyer en matière d'EPI (IC-0604-00, publiée le 01-05-2015) et entretien avec la responsable de la PCI. [000711]

AVIS ÉCRIT : Qualité

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

Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer se compose d'un membre du conseil des familles du foyer.

Justification et résumé

Le président du conseil des familles a déclaré qu'à sa connaissance, aucun membre du conseil des familles ne faisait partie du comité d'ACQ. Les procès-verbaux des réunions d'ACQ n'ont pas mentionné la présence d'un membre du conseil des familles. L'administrateur a admis qu'aucun membre du conseil des familles ne faisait partie du comité, et l'adjoint du conseil des familles a précisé qu'il n'a pas été informé de la manière de faire participer les membres du conseil des familles au comité d'ACQ.

Le défaut d'inclure un membre du conseil des familles dans le comité d'ACQ peut avoir une incidence sur la façon dont le conseil des familles peut exprimer ses préoccupations concernant l'amélioration de la qualité au sein du foyer.

Sources : Procès-verbaux des réunions d'ACQ, communication par courriel avec l'adjoint du conseil des familles et entretiens avec le président du

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

conseil des familles et l'administrateur. [501]

AVIS ÉCRIT : Qualité

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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

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 sur l'initiative d'ACQ comprenne la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

L'administrateur a fourni à l'inspectrice le compte rendu du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) du foyer, daté du 27 mars 2024, le plan de travail du PAQ pour 2024-2025, ainsi que le sondage « Your Opinion Counts » de True Davidson Acres à l'intention des personnes résidentes et des familles pour 2023, et le rapport d'étape du PAQ de 2023-2024. L'inspectrice a également consulté le préambule du rapport d'amélioration de la qualité sur le site Web du foyer. Cependant, il n'a pas été possible de retrouver une déclaration sur la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins (« Your Opinion Counts ») ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer. L'administrateur a confirmé que ces renseignements ne figuraient pas dans leurs rapports.

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

Sources : Rapports sur l'initiative d'ACQ du foyer et entretien avec l'administrateur.
[501]

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Paragraphe 261 (2) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :

1. Sous réserve de la disposition 2, le personnel doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs reçoive une formation annuelle sur les soins de la peau et des plaies, la prévention et la gestion des chutes et la gestion de la douleur.

Justification et résumé

(i) Les dossiers annuels de formation sur les soins de la peau et des plaies pour 2023 ont été examinés, et il a été remarqué que ce n'était pas tout le personnel fournissant des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

La personne responsable de la prévention des soins de la peau et des plaies a confirmé que tout le personnel fournissant des soins directs devait suivre la formation annuelle, mais cela n'a pas été le cas en 2023.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel suive la formation en matière de soins de la peau et des plaies a entraîné un risque de méconnaissance en matière de prévention et de gestion des soins de la peau et des plaies par le personnel.

Sources : Dossiers de formation pour 2023; entretiens avec la personne responsable de la prévention et de la gestion des soins de la peau et des plaies. [000711]

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

Justification et résumé

(ii) Les dossiers annuels de formation sur la prévention et la gestion des chutes pour 2023 ont été examinés, et il a été remarqué que ce n'était pas tout le personnel fournissant des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

La personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes a confirmé que tout le personnel fournissant des soins directs devait suivre la formation annuelle, mais cela n'a pas été le cas en 2023.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel suive la formation en matière de prévention et de gestion des chutes a entraîné un risque de méconnaissance en matière de prévention et de gestion des chutes par le personnel.

Sources : Dossiers de formation pour 2023; entretiens avec la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes. [000711]

Justification et résumé

(iii) Les dossiers annuels de formation sur la gestion de la douleur pour 2023 ont été examinés et il a été remarqué que ce n'est pas tout le personnel fournissant des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

La personne responsable de la gestion de la douleur a confirmé que tout le personnel fournissant des soins directs devait suivre la formation annuelle, mais cela n'a pas été le cas en 2023.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel suive la formation en matière de gestion de la douleur a entraîné un risque de méconnaissance en matière de prévention et de gestion de la douleur par le personnel.

Sources : Dossiers de formation pour 2023; entretien avec la personne responsable de la gestion de la douleur. [000711]