

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

RAPPORT PUBLIC MODIFIÉ

Page de couverture (M)

Date d'émission du rapport modifié : 14 juin 2024
Date d'émission du rapport d'origine : 14 mai 2024
Numéro d'inspection : 2024-1590-0002
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité
Titulaire de permis : Ville de Toronto
Foyer de soins de longue durée et ville : True Davidson Acres, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :
Corriger la date d'émission sur la version publique du rapport.

Rapport public modifié

Date d'émission du rapport : 14 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1590-0002	
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité	
Titulaire de permis : Ville de Toronto	
Foyer de soins de longue durée et ville : True Davidson Acres, Toronto	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Susan Semeredy (501)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s) Cindy Ma (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 (Ontario) M2M 4K5

RÉSUMÉ D'INSPECTION

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

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00114191 – inspection proactive de conformité

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Gestion de la douleur (Pain Management)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

Par. 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 ce qu'une personne résidente soit protégée des mauvais traitements et de la négligence d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Justification et résumé

Conformément à l'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22, la définition des mauvais traitements d'ordre verbal s'entend « de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante,

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

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 ».

Conformément à l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, la négligence 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. »

On rapporté au directeur ou à la directrice qu'une PSSP qui fournissait des soins à une personne résidente avait eu une communication verbale avec celle-ci, lui donnant l'impression d'être humiliée. Il est également parfois arrivé que la PSSP omette de fournir des soins. La personne résidente a signalé ce fait et le foyer a pris des mesures, mais la personne résidente craignait tout de même les représailles.

Lors de l'enquête du foyer sur la question, la personne résidente a indiqué que la PSSP l'avait négligée et avait émis des commentaires qui lui donnaient l'impression d'être sans valeur. Après ces allégations, un infirmier ou une infirmière gestionnaire (IG) a pris des mesures et, après avoir rencontré la PSSP, a déterminé que la PSSP avait omis de fournir des soins à la personne résidente.

Ne pas protéger une personne résidente contre la négligence et les mauvais traitements risquait de nuire à sa santé et à son sentiment de bien-être.

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

AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

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

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

Le titulaire de permis a omis de faire un rapport au directeur ou à la directrice concernant une allégation et un soupçon de négligence et de mauvais traitements de la part d'une PSSP à l'égard d'une personne résidente.

Justification et résumé

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

Une personne résidente a signalé à une PSSP être contrariée par ses rencontres avec une autre PSSP. La PSSP a fait un rapport à l'infirmier ou à l'infirmière gestionnaire (IG). Il a été consigné que la personne résidente a dit à l'IG que lorsqu'elle demandait qu'on lui fournisse des soins, la PSSP tenait des propos qui la dégradait et il arrivait parfois que cette PSSP ne fournisse pas les soins. En réponse, l'IG a pris des mesures et a eu une rencontre avec la PSSP identifiée. Dans une lettre disciplinaire, il a été déterminé que la PSSP avait omis de fournir des soins à la personne résidente.

L'administrateur ou l'administratrice a admis que le foyer avait des motifs suffisants pour soupçonner qu'une personne résidente avait subi de la négligence et des mauvais traitements de la part d'une PSSP et qu'un rapport aurait dû être fait au directeur ou à la directrice.

Ne pas faire rapport sur cette allégation a mis la personne résidente à risque d'anxiété et de peur constantes.

Sources : Notes d'enquête du foyer, entretiens avec une personne résidente, un ou une IG et d'autres membres du personnel. [501]

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

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

Portes dans le foyer

Par. 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 les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

i. gardées fermées et verrouillées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les terrasses soient gardées verrouillées en l'absence de surveillance.

Justification et résumé

Les observations effectuées lors de l'inspection ont révélé que les portes menant aux terrasses, situées aux deux étages, n'étaient pas verrouillées en l'absence de surveillance du personnel.

Deux IAA, un assistant ou une assistante aux services de divertissement et un infirmier ou une infirmière gestionnaire ont affirmé que les portes menant aux terrasses auraient dû être verrouillées en l'absence de surveillance du personnel.

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

Le fait de ne pas veiller au verrouillage des portes en l'absence de surveillance a compromis 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 remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 77 (4) a) du Règl. De l'Ont. 246/77

Planification des menus

Par. 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 que soient offerts trois repas par jour à une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente ne se trouvait pas dans la salle à manger pour un repas. Un ou une IAA a indiqué que la personne résidente était sous surveillance dans sa chambre pour des raisons médicales. Il a été observé que la personne résidente était alitée et qu'il y avait des plateaux de repas à moitié mangés dans sa chambre. L'IAA a indiqué avoir tenté de nourrir la personne résidente avec les restes de son repas, qu'elle avait refusé, le repas actuel ne lui avait donc pas été offert.

Le ou la diététiste professionnel(le) a admis qu'un repas frais aurait dû être offert à la personne résidente.

Ne pas offrir un repas à une personne résidente a mis celle-ci à risque d'un état nutritionnel réduit lié à une consommation sous-optimale.

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

AVIS ÉCRIT : Production alimentaire

Cas de non-conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Préparation alimentaire

Par. 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 :

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que tous les aliments dans le système de préparation alimentaire soient préparés au moyen de méthodes qui empêchent les maladies d'origine alimentaire.

Conformément à disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'il existe une politique faisant en 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 qu'elle est respectée.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique Meal Service Temperature Recording [consignation de la température de service des repas] n° FN-0313-01, publiée le 15 août 2021, qui indique que les employé(e)s des services alimentaires (ESA) doivent mesurer la température avant de servir chaque élément du menu pour tous les types de régimes. Les ESA doivent consigner les températures pour s'assurer que les températures des aliments sont acceptables (4 degrés Celsius/40 degrés Fahrenheit pour les aliments froids, 60 degrés Celsius/140 degrés Fahrenheit ou plus pour les aliments chauds). Les boissons et les aliments froids qui ne sont pas assez froids doivent être refroidis à la bonne température avant le service et les températures doivent être consignées.

Justification et résumé

Lors d'un service de repas, un ou une ESA a été observé(e) comme ayant consigné la salade aux œufs à 4 degrés Celsius. L'ESA a ensuite été observé(e) comme prenant de nouveau la température qui était de 6 degrés Celsius. Il ou elle semblait hésiter sur la marche à suivre.

Il a été relevé que les desserts froids étaient consignés à 4 degrés Celsius. Lorsqu'il a été demandé de mesurer la température des éléments qui étaient entreposés dans le réfrigérateur, la salade de fruits était à 6,8 degrés Celsius et la salade de fruits hachés était à 4,8 degrés Celsius. Les journaux de température de plusieurs jours pour cette zone de repas indiquaient que tous les aliments froids étaient à 4 degrés Celsius ou la température n'avait pas du tout été mesurée.

Le ou la gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition (GAN) a reconnu que l'ESA n'avait pas pris la température des aliments froids conformément à la politique, puisqu'il est impossible que tous les aliments froids soient constamment à une certaine température.

Ne pas mesurer les températures des aliments au point de service a mis les personnes résidentes à risque de maladies d'origine alimentaire.

Sources : Observation, journaux de la température des aliments, politique du foyer et entretiens avec un ou une ESA et le ou la GAN. [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 (Ontario) M2M 4K5

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole émis par le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections soit mis en œuvre.

Plus précisément, la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, art. 9.1 f) stipulait que le titulaire de permis veille au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

Justification et résumé

Un ou une IAA a été observé(e) 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 soumise aux précautions pour la transmission potentielle par gouttelettes et par contact. Lorsque l'IAA a eu fini de fournir les soins à la personne résidente, il ou elle a été observé(e) se déshabillant dans l'ordre suivant : gants, hygiène des mains, blouse, retrait de l'écran facial et hygiène des mains.

La politique du foyer exigeait que le personnel mette l'EPI dans l'ordre suivant : hygiène des mains, blouse, masque ou respirateur N95, lunettes de protection et gants. La politique du foyer exigeait que le personnel retire l'EPI dans l'ordre suivant : gants, blouse, hygiène des mains, lunettes de protection, masque ou respirateur N95 et hygiène des mains.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que l'IAA n'avait pas enfilé et retiré l'EPI ni effectué l'hygiène des mains dans l'ordre approprié pour entrer dans la chambre de la personne résidente et en sortir.

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

AVIS ÉCRIT : 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 (Ontario) M2M 4K5

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

Par. 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 comprenne un membre du conseil des familles (CF) du foyer.

Justification et résumé

Le président ou la présidente du conseil des familles ne connaissait pas de membre du conseil des familles faisant partie du comité d'ACQ. Les procès-verbaux des réunions sur l'ACQ n'indiquaient pas la présence d'un ou une membre du conseil des familles. L'administrateur ou l'administratrice a admis qu'aucun membre du conseil des familles ne faisait partie du comité et l'adjoint ou l'adjointe du conseil des familles a indiqué ne pas savoir comment impliquer les membres du conseil des familles dans le comité d'ACQ.

Ne pas inclure un ou une membre du conseil des familles dans le comité d'ACQ peut avoir affecté la manière dont le conseil des familles est capable d'exprimer ses préoccupations au sujet de l'amélioration de la qualité au sein du foyer.

Sources : Procès-verbaux des réunions sur l'ACQ, communication par courriel avec l'adjoint ou l'adjointe du conseil des familles et entretiens avec le président ou la présidente du conseil des familles et l'administrateur ou l'administratrice. [501]

AVIS ÉCRIT : Qualité

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Par. 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.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'ACQ contienne une mention écrite de la manière et des dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents, des familles et des fournisseurs de soins ont été communiqués aux personnes résidentes, à leurs familles et aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

L'administrateur ou l'administratrice a fourni à l'inspectrice l'exposé narratif sur le Quality Improvement Plan (QIP) [plan d'amélioration de la qualité (PAQ)] datant du 27 mars 2024, le QIP Workplan 2024/25 [plan de travail du PAQ 2024-2025], le True Davidson Acres Resident and Family Your Opinion Counts Survey 2023 [sondage de 2023 Votre opinion compte pour les résidents et les familles de True Davidson Acres], et le QIP Progress Report [rapport de situation sur le PAQ] pour 2023-2024. L'inspectrice a également vu sur le site Web du foyer son préambule pour le Quality Improvement Report [Rapport sur l'amélioration de la qualité]. Il a été impossible de trouver une affirmation concernant la manière ainsi que les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins (Votre opinion compte) ont été communiqués aux personnes résidentes et à leurs familles ainsi qu'aux membres du personnel du foyer. L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que cette information ne se trouvait pas dans les rapports.

Sources : Rapports d'ACQ du foyer et un entretien avec l'administrateur ou l'administratrice. [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 (Ontario) M2M 4K5

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Par. 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 aux personnes résidentes reçoive la formation annuelle sur les soins de la peau et des plaies, la prévention et la gestion des chutes ainsi que la gestion de la douleur.

Justification et résumé

(i) Les dossiers 2023 skin and wound care annual training [formation annuelle sur les soins de la peau et des plaies 2023] ont été passés en revue et il a été relevé que ce n'était pas tout le personnel qui fournit des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

Le ou la responsable de la prévention et de la prise en charge des soins de la peau et des plaies a confirmé que tout le personnel qui fournit des soins directs devait suivre une formation annuelle et que cela n'a pas été le cas en 2023.

Ne pas veiller à ce que la formation du personnel soit suivie dans les domaines des soins de la peau et des plaies représentait un risque que le personnel ne connaisse pas la prévention et la prise en charge des soins de la peau et des plaies.

Sources : Dossiers de formation de 2023; entretiens avec le ou la responsable de la prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies. [000711]

Justification et résumé

(ii) Les dossiers 2023 falls prevention and management annual training [formation annuelle sur la prévention et la gestion des chutes 2023] ont été passés en revue et il a été relevé que ce n'était pas tout le personnel qui fournit des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

Le ou la responsable de la prévention et de la gestion des chutes a confirmé que tout le personnel qui fournit des soins directs devait suivre la formation annuelle et que cela n'a pas été le cas en 2023.

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

Ne pas veiller à ce que la formation du personnel soit suivie dans les domaines de la prévention et de la gestion des chutes présentait un risque que le personnel ne connaisse pas la prévention et la gestion des chutes.

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

Justification et résumé

(iii) Les dossiers 2023 pain management annual training [formation annuelle sur la gestion de la douleur 2023] ont été passés en revue et il a été relevé que ce n'était pas tout le personnel qui fournit des soins directs qui avait suivi la formation annuelle requise.

Le ou la responsable de la gestion de la douleur a confirmé que tout le personnel qui fournit des soins directs devait suivre la formation annuelle et que cela n'avait pas été le cas en 2023.

Ne pas veiller à ce que la formation du personnel soit suivie dans les domaines de la gestion de la douleur présentait un risque que le personnel ne connaisse pas la prévention et la gestion de la douleur.

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