

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 modifié
Page couverture (M2)

Date d'émission du rapport modifié : 3 octobre 2024

Date d'émission du rapport initial : 17 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1514-0002 (A2)

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Villa Colombo Homes for the Aged Inc.

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :

– Annuler le problème de conformité (NC) n° 012 et une constatation relative à l'ordre de conformité (OC) n° 005 à la suite d'un réexamen de l'information.

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 modifié (M2)

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport initial : 17 septembre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1514-0002 (A2)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Villa Colombo Homes for the Aged Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Colombo Homes for the Aged, Toronto	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Autres inspectrices ou inspecteurs
Modifié par	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :
– Annuler le problème de conformité (NC) n° 012 et une constatation relative à l'ordre de conformité (OC) n° 005 à la suite d'un réexamen de l'information.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

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

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 12, du 15 au 19, du 22 au 26 et du 29 au 31 juillet, ainsi que les 1^{er}, 2 et 7 août 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : 6 août 2024

L'inspection concernait les demandes découlant d'une plainte suivantes :

- Demande n° 00117115 – Liée aux services infirmiers et services de soutien personnel pendant l'éclosion d'une maladie
- Demande n° 00119019 – Liée à la négligence, au programme de soins, aux techniques de changement de position, à la facilitation des selles et aux soins liés à l'incontinence, aux services infirmiers et services de soutien personnel, au service de restauration et de collation et au traitement des plaintes
- Demande n° 00120125 – Liée aux soins de la peau et des plaies, à la négligence/administration de soins de façon inappropriée, la facilitation des selles et les comportements réactifs

L'inspection concernait les demandes découlant d'un incident critique (IC) suivantes :

- Demandes n° 00108284 [IC n° 3020-000011-24] et n° 00109413 [IC n° 3020-000014-24] – Liées à des mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par le personnel entraînant des blessures
- Demande n° 00109909 [IC n° 3020-000017-24] – Liée à des mauvais traitements d'ordre physique entre résidents entraînant des blessures
- Demande n° 00112633 [IC n° 3020-000026-24] – Liée à des mauvais traitements d'ordre physique entre résidents
- Demande n° 00112674 [IC n° 3020-000027-24] – Liée à des mauvais traitements d'ordre physique/verbal entre résidents
- Demande n° 00112718 [IC n° 3020-000025-24] – Liée à une blessure de cause inconnue
- Demandes n° 00116278 [IC n° 3020-000040-24] et n° 00121032 [IC n° 3020-000055-24] – Liée à l'éclosion d'une maladie

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

- Demande n° 00118470 [IC n° 3020-000046-24] – Liée à de la négligence de la part du personnel envers une personne résidente entraînant des blessures
- Demande n° 00119635 [IC n° 3020-000050-24] – Liée à une chute entraînant une blessure

L'inspection de suivi concernait :

- Demande n° 00114717 – Suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 – Liée au programme de prévention et de contrôle des infections

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demandes n° 00110657 [IC n° 3020-000019-24], n° 00111762 [IC n° 3020-000022-24], n° 00112087 [IC n° 3020-000024-24], n° 00114036 [IC n° 3020-000031-24], n° 00114156 [IC n° 3020-000033-24], n° 00114235 [IC n° 3020-000032-24], n° 00114340 [IC n° 3020-000034-24], n° 00114348 [IC n° 3020-000035-24], n° 00116097 [IC n° 3020-000037-24], n° 00116828 [IC n° 3020-000042-24], n° 00117831 [IC n° 3020-000044-24], n° 00117982 [IC n° 3020-000045-24], n° 00119132 [IC n° 3020-000048-24], n° 00119511 [IC n° 3020-000049-24], n° 00119967 [IC n° 3020-000051-24], n° 00120461 [IC n° 3020-000052-24] et n° 00122200 [IC n° 3020-000059-24] – Liées à la prévention et à la gestion des chutes
- Demande n° 00112660 [IC n° 3020-000028-24] – Liée à une blessure de cause inconnue

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° 2024-1514-0001, liée au programme de prévention et de contrôle des infections.

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

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
- Soins liés à l'incontinence
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

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 MODIFIÉS

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Justification et résumé

1) Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'elle souffrait d'un problème de santé particulier. Le médecin a rédigé une ordonnance de médicaments dans le dossier de la personne résidente dans laquelle il n'a pas donné de directives claires au personnel sur les paramètres d'administration du médicament.

En conséquence, le médicament a été administré à la personne résidente plusieurs fois en peu de temps.

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

Le fait que l'ordonnance ne comprenait pas de précisions sur les paramètres d'administration a augmenté le risque que le traitement du problème de santé de la personne résidente soit inadéquat.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et d'autres membres du personnel.

2) Le foyer a reçu des plaintes par courriel concernant l'administration incohérente des médicaments d'une personne résidente.

Le registre d'administration des médicaments contenait de nombreuses instructions peu claires concernant l'administration de ce médicament, ce qui a entraîné une administration incohérente du médicament.

Une infirmière gestionnaire a reconnu que les instructions relatives à l'administration des médicaments étaient ambiguës, ce qui a entraîné une administration incohérente des médicaments à la personne résidente.

Les IAA et d'autres membres du personnel ont également indiqué que les instructions relatives à l'administration des médicaments n'étaient pas claires.

Le fait de ne pas s'assurer que les ordonnances de médicaments précisaient clairement les paramètres d'administration a exposé la personne résidente à un risque de traitement inadéquat de ses problèmes de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, dossiers de plaintes; entretiens avec des IAA, l'infirmière gestionnaire et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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

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

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 du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident 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 le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à son évaluation.

Justification et résumé

Une personne résidente a été évaluée par l'infirmière responsable du soin des plaies pour un problème de santé précis. L'infirmière responsable du soin des plaies a consigné que l'aiguillage vers un diététiste professionnel était nécessaire pour une évaluation.

Le personnel infirmier a constaté que l'état de la personne résidente s'était détérioré, mais il n'a pas collaboré avec le diététiste professionnel et ne lui a pas envoyé de demande de consultation.

Une infirmière autorisée (IA) a reconnu qu'une demande de consultation auprès d'un diététiste professionnel aurait dû être envoyée.

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

L'absence de collaboration avec le diététiste professionnel dans l'évaluation de la personne résidente a entraîné un retard dans l'élaboration d'un plan de traitement pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IA.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

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

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 du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à la mise en œuvre de son programme de soins.

Justification et résumé

Une personne résidente est revenue de l'hôpital avec de nouvelles ordonnances et des instructions précises pour un rendez-vous de suivi.

Une IAA a reconnu que le médecin de la personne résidente n'avait pas été mis au courant des nouvelles ordonnances de l'hôpital et que, par conséquent, le nouveau

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

traitement et le rendez-vous de suivi n'avaient pas été intégrés dans le programme de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir collaboré avec l'hôpital dans la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente a augmenté le risque qu'elle reçoive des soins inadéquats.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'IAA et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit consignée avec exactitude.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'un dispositif particulier qui devait être appliqué en tout temps. Une IAA a consigné que la personne résidente avait le dispositif particulier, mais une observation a révélé que le dispositif n'était pas appliqué.

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

L'IAA a reconnu avoir mal consigné les renseignements relatifs à l'application du dispositif.

Le fait de ne pas consigner avec précision la prestation des soins a augmenté le risque que la personne résidente ne reçoive pas les soins prévus dans son programme de soins.

Sources : Observation; dossier clinique de la personne résidente; entretien avec l'IAA et d'autres personnes.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une taille précise d'un dispositif particulier. Une observation a révélé que la

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

personne résidente utilisait un dispositif de taille supérieure à celle indiquée dans son programme de soins.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé que la personne résidente avait besoin d'un dispositif d'une taille supérieure à celle indiquée dans son programme de soins.

Une IAA, l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents ont reconnu que le programme de soins n'avait pas été mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir mis à jour le programme de soins lorsque les besoins de la personne résidente ont changé a augmenté le risque que le personnel applique le mauvais dispositif sur la personne résidente.

Sources : Observation; dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec les PSSP, une IAA, l'infirmière gestionnaire, et la directrice des services aux résidents.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu 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 :

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

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 n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes soit immédiatement signalé au directeur.

Justification et résumé

Une altercation physique s'est produite entre deux personnes résidentes, et elle n'a pas été immédiatement signalée au directeur.

Une infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents ont toutes deux reconnu que l'incident aurait dû être immédiatement signalé au directeur.

Sources : Rapport du Système de rapports d'incidents critiques (SIC), entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

AVIS ÉCRIT : TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT DE POSITION

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

Article 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.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute sans témoin et s'est blessée.

La politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management policy*) demandait au personnel d'utiliser un appareil de levage pour transférer une personne résidente après une chute, à moins que la personne résidente ne soit capable de se relever seule.

Une PSSP a indiqué qu'elle avait effectué un transfert manuel avec un autre membre du personnel pour soulever la personne résidente du sol, et qu'elle n'avait pas utilisé d'appareil de levage.

Le fait que le personnel n'ait pas utilisé d'appareil de levage pour transférer la personne résidente après sa chute a augmenté le risque que celle-ci subisse d'autres blessures.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program Policy*); entretiens avec la PSSP et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES

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

Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

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 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation après chute soit effectuée lorsqu'une résidente est tombée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que soient élaborés des politiques et des protocoles écrits pour le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, y compris des évaluations après chute, et à ce que ceux-ci soient respectés.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du programme de prévention et de gestion des chutes, qui indiquait que des évaluations après chute devaient être effectuées après toute chute d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute sans témoin et s'est blessée.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer demandait au personnel autorisé de remplir un rapport d'incident sur la gestion des risques après une chute, l'outil d'évaluation après chute, de tenir une réunion d'équipe après une chute et d'effectuer une évaluation des risques après une chute dans PointClickCare (PCC) à la suite d'une chute.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a montré qu'aucune des évaluations après chute susmentionnées n'avait été effectuée.

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

Une IA a reconnu qu'après la chute de la personne résidente, les évaluations après chute n'avaient pas été effectuées conformément à la politique du foyer.

Le fait de ne pas avoir effectué les évaluations après chute a exposé la personne résidente à un risque de retard dans l'identification des changements de son état de santé à la suite d'une chute.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program Policy*); entretiens avec l'IA et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

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

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

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 :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de santé d'une personne résidente soit évalué chaque semaine par un membre du personnel autorisé.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Une personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire de son état de santé à plusieurs reprises, ce qui a entraîné une détérioration de son état de santé.

Une IA a reconnu qu'il y avait des lacunes dans l'évaluation hebdomadaire de la personne résidente, ce qui l'a exposée à un risque de mauvais suivi et de détérioration de son état de santé.

Le fait de ne pas avoir effectué d'évaluation hebdomadaire de la personne résidente a retardé son traitement et la prestation des soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec l'IA.

AVIS ÉCRIT : FACILITATION DES SELLES ET SOINS LIÉS À L'INCONTINENCE

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

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causaux, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence;

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

Le titulaire de permis n'a pas effectué d'évaluation pour une personne résidente lorsque ses besoins en matière de soins ont changé.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que soient élaborés des politiques et des protocoles écrits pour le programme de gestion des soins liés à l'incontinence du foyer, y compris l'évaluation de l'incontinence, et à ce que ceux-ci soient respectés.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du programme de gestion des soins liés à l'incontinence (*Continence Management Program*), qui indiquait qu'une évaluation de l'incontinence devait être effectuée à la suite de tout changement d'état susceptible d'affecter la continence de la vessie et des intestins.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente ont révélé qu'elle avait subi un changement dans son état de santé, mais aucune évaluation de l'incontinence n'a été effectuée pour elle.

La politique du foyer en matière de gestion des soins liés à l'incontinence demandait aux infirmières de procéder à une évaluation de l'incontinence pour tout changement d'état susceptible d'affecter la continence de la vessie et des intestins.

Une infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents ont toutes deux reconnu que les évaluations de l'incontinence n'avaient pas été effectuées conformément à la politique du foyer lorsque l'état de santé de la personne résidente avait changé.

Le fait de ne pas avoir effectué d'évaluation de l'incontinence lorsque l'état de santé de la personne résidente a changé a eu une incidence sur la capacité du foyer à

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

élaborer un programme de soins individualisé pour répondre aux besoins de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du programme de gestion des soins liés à l'incontinence (*Continence Management Program Policy*); entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

AVIS ÉCRIT : FACILITATION DES SELLES ET SOINS LIÉS À L'INCONTINENCE

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

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

- h) les résidents disposent de divers produits pour incontinence qui, à la fois :
 - (ii) leur sont bien adaptés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dispose d'un dispositif particulier qui était adapté pour elle.

Justification et résumé

Le foyer a reçu des plaintes par courriel indiquant qu'une personne résidente portait un dispositif particulier qui n'était pas adapté pour elle.

Les PSSP et une IAA ont reconnu que la personne résidente portait le dispositif particulier qui n'était pas adapté pour elle.

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

En appliquant le dispositif particulier qui n'était pas adapté à la personne résidente, le personnel a augmenté le risque de problèmes de santé et d'inconfort pour la personne.

Sources : Registres de courriels; entretiens avec des PSSP et l'IAA.

AVIS ÉCRIT : SUBSTANCES DANGEREUSES

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'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Article 97 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 013 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 des mesures immédiates soient prises lorsqu'une personne résidente présentait des symptômes infectieux.

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

Justification et résumé

Un rapport du SIC indiquait que le Bureau de santé publique de Toronto avait déclaré que le foyer faisait l'objet d'une éclosion de COVID-19.

Une personne résidente présentait des symptômes et a été orientée vers une infirmière praticienne qui a consigné que la personne résidente souffrait peut-être d'une infection respiratoire. Cependant, la personne résidente n'a pas immédiatement subi un test de dépistage de l'infection à la COVID-19 et n'a été placée en isolement que quelques jours plus tard.

Une IAA a indiqué qu'elle aurait pu faire subir un test de dépistage à la personne résidente dès qu'elle a commencé à présenter des symptômes.

Le fait de ne pas avoir agi immédiatement en faisant subir un test de dépistage à la personne résidente et en l'isolant a augmenté le risque de transmission aux autres personnes résidentes et au personnel.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IAA.

AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES

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

Non-respect : de la sous-disposition 3 i du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

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 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel portant sur les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des plaintes verbales et écrites ont été déposées au foyer concernant les soins aux personnes résidentes, les réponses fournies aux personnes plaignantes comprennent les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients.

Justification et résumé

1) a) Une infirmière gestionnaire a noté qu'elle avait reçu une plainte verbale concernant les soins prodigués à une personne résidente. L'infirmière gestionnaire a indiqué que la personne plaignante n'avait pas reçu les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients.

b) La directrice des services aux résidents a reçu une plainte par courriel concernant les soins prodigués à la personne résidente. La directrice des services aux résidents a indiqué qu'elle n'avait pas fourni les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients à la personne plaignante.

Le fait de ne pas avoir fourni les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients aux personnes plaignantes pour les plaintes verbales et écrites relatives aux soins prodigués aux personnes résidentes a eu une incidence sur leur capacité à demander un examen indépendant de leurs préoccupations.

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 : Dossiers cliniques des personnes résidentes, correspondances par courriel; entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

2) Les membres de la famille d'une personne résidente ont envoyé de nombreux courriels à une infirmière gestionnaire, à la directrice des services aux résidents à d'autres membres du personnel pour leur faire part de leurs préoccupations concernant les soins prodigués. Les courriels envoyés par le foyer n'indiquaient pas le numéro de téléphone sans frais du ministère des Soins de longue durée pour déposer des plaintes concernant les foyers, les heures d'ouverture, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients.

L'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents ont toutes deux reconnu qu'elles avaient omis de transmettre à la personne plaignante, dans leur réponse, le numéro de téléphone sans frais du ministère des Soins de longue durée pour déposer des plaintes concernant les foyers et les heures d'ouverture, ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Le fait de ne pas avoir fourni aux personnes plaignantes le numéro de téléphone sans frais du ministère des Soins de longue durée pour déposer des plaintes et les coordonnées de l'ombudsman des patients pour de multiples plaintes écrites concernant les soins aux personnes résidentes a nui à la capacité des personnes plaignantes de demander un examen indépendant de leurs préoccupations.

Sources : Registres des plaintes par courriel; entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

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° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 soient entreposés dans un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

Justification et résumé

Une observation a révélé qu'une IAA avait laissé le chariot à médicaments sans surveillance avec des médicaments sur le dessus du chariot, que le chariot n'était pas verrouillé et qu'un tiroir était ouvert. Une personne résidente a été vue à proximité du chariot à médicaments.

La directrice des services aux résidents a confirmé que le personnel autorisé était censé verrouiller le chariot à médicaments et s'assurer que les médicaments étaient rangés sous clé avant de s'éloigner du chariot.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les médicaments soient rangés dans un chariot sécurisé et verrouillé a augmenté le risque d'accident lié à des médicaments et le risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observation; entretien avec la directrice des services aux résidents.

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

AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

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

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'elle disposait d'une ordonnance permanente pour un médicament en particulier, avec une indication précise pour l'utilisation. Cependant, le médicament a été administré à plusieurs reprises alors qu'il n'était pas indiqué comme prescrit.

Les IAA et une IA ont toutes déclaré que le médicament n'avait pas été administré selon le mode d'emploi précisé par le directeur.

Le fait de ne pas avoir administré le médicament tel que précisé par le prescripteur a exposé la personne résidente à un risque de traitement inadéquat de son problème de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec des IAA, des IA et d'autres membres 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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) 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 au résident, tel que le précise le programme.

L'inspectrice ou l'inspecteur donne l'ordre au titulaire du permis de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan visant à assurer sa conformité au paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) b]) :

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à garantir que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente sont prodigués à la personne résidente comme précisé dans son programme.

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

- 1) Une marche à suivre permettant de s'assurer que les tests diagnostiques d'une personne résidente sont effectués conformément à l'ordonnance du prescripteur.
- 2) Un registre de la formation donnée au personnel concerné par la procédure de traitement des analyses sanguines mentionnée ci-dessus, y compris le contenu, la date, la signature du ou des membres du personnel qui ont assisté à la formation et le ou les membres du personnel qui ont donné la formation.
- 3) Identifier les rôles et les responsabilités du personnel et établir un échéancier pour la mise en œuvre de chaque élément mentionné ci-dessus dans le délai de mise en conformité.
- 4) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre a été respecté.

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

Veillez soumettre le plan écrit pour l'atteinte de la conformité en réponse à l'inspection n° 2024-1514-0002 à l'inspectrice ou l'inspecteur de foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, au plus tard le 1^{er} octobre 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit présenté ne contient pas de renseignements personnels ni de renseignements personnels de santé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins pour les personnes résidentes soient fournis à ces dernières, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

1) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une intervention spécifique. Cependant, les observations ont révélé que cette intervention n'était pas en place.

Une PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas effectué l'intervention auprès de la personne résidente comme le prévoyait le programme de soins.

Le fait de ne pas avoir suivi le programme de soins d'une personne résidente a augmenté le risque d'événements indésirables pour la personne résidente.

Sources : Observations, entretiens avec la PSSP et d'autres personnes.

2) Le programme de soins d'une personne résidente demandait au personnel d'utiliser une taille précise d'un dispositif particulier, mais une observation a révélé que le personnel n'avait pas utilisé la bonne taille de dispositif pendant les soins prodigués à la personne résidente.

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

Les PSSP ont confirmé qu'elles avaient utilisé la mauvaise taille de dispositif et qu'elles n'avaient pas suivi les directives du programme de soins.

Le fait de ne pas avoir respecté le programme de soins a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec les PSSP et d'autres membres du personnel.

3) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'un dispositif particulier qui devait être appliqué en tout temps. Toutefois, une observation a révélé que ce dispositif n'était pas appliqué sur la personne résidente.

La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas appliqué le dispositif particulier sur la personne résidente, comme indiqué dans son programme de soins.

Le fait de ne pas appliquer le dispositif particulier sur la personne résidente comme indiqué dans son programme de soins a augmenté le risque de préjudice.

Sources : Observation; programme de soins de la personne résidente; entretien avec la PSSP et d'autres membres du personnel.

4) Un médecin a émis une ordonnance pour que des tests diagnostiques soient effectués à des intervalles précis pour une personne résidente. Les dossiers cliniques de la personne résidente ont révélé que le test diagnostique n'avait pas été effectué le jour où il avait été prescrit.

Les infirmières gestionnaires et la directrice des services aux résidents ont reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été respecté

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

puisque les tests diagnostiques n'avaient pas été effectués au moment où ils avaient été prescrits.

Le fait de ne pas respecter le programme de soins a augmenté le risque de retard de traitement et d'intervention.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les infirmières gestionnaires et la directrice des services aux résidents.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

26 novembre 2024

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA 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*, 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 administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

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

Historique de la conformité

Un ordre de conformité a été délivré le 29 septembre 2023 dans le cadre de l'inspection n° 2023-1514-0007 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD (2021)* – Programme de soins.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. 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 résidents afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 OBLIGATION DE PROTÉGER

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) 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'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD (2021)*, alinéa 155 (1) a) :

Le titulaire de permis doit :

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

- 1) Fournir un enseignement à une PSSP sur les politiques du foyer en matière de prévention des mauvais traitements infligés aux personnes résidentes et de comportements réactifs.
 - a) Tenir un registre de l'enseignement et de la formation donnés, y compris le contenu, la date, la signature de la PSSP et le nom du ou des membres du personnel qui ont fourni l'enseignement.
 - 2) S'assurer que la PSSP a suivi la formation sur les approches douces et persuasives dans les soins des personnes atteintes de démence (*Gentle Persuasive Approaches in Dementia Care*) avec un instructeur certifié.
 - a) Conserver une copie de l'attestation du cours terminé fournie par l'organisme de formation, y compris la date et le nom de la PSSP.
 - 3) Élaborer et mettre en œuvre un outil de vérification pour surveiller et consigner les interactions de la PSSP avec les personnes résidentes qui ont des comportements réactifs pendant 10 quarts de travail.
 - a) Conserver un registre des vérifications effectuées, y compris la date, l'heure du quart, le nom de la personne qui effectue la vérification, les observations faites et le contenu de l'enseignement donné sur place ou d'autres mesures correctives prises, le cas échéant.
 - 4) Consigner les mesures prises pour assurer la pérennité et veiller à ce que la PSSP soit en mesure de fournir en toute sécurité des soins et un soutien continu aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs.
 - 5) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre a été respecté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre la négligence et les mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

1) L'article 7 du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22 définit la négligence comme un 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.

Les dossiers d'enquête et la vidéosurveillance ont montré qu'une PSSP n'a pas aidé une personne résidente dans sa chambre conformément à son programme de soins, ce qui a entraîné un événement indésirable pour la personne résidente.

En outre, la PSSP a effectué une intervention dangereuse et n'a pas informé immédiatement le personnel autorisé lorsque l'incident s'est produit.

La directrice des services aux résidents a reconnu que les actions de la PSSP constituaient une négligence.

Sources : Notes d'enquête du foyer, vidéosurveillance; entretiens avec l'IAA, la directrice des services aux résidents et d'autres membres du personnel.

2) L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements comme un usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'une personne résidente pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Une IAA de l'organisme a été témoin d'une altercation au cours de laquelle une PSSP s'est agrippée à une partie du corps d'une personne résidente, et elle est intervenue pour mettre fin à l'altercation.

La personne résidente a subi des conséquences négatives et a dû recevoir un traitement après l'incident.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Une infirmière praticienne a évalué la personne résidente et a confirmé un changement dans l'état de santé de la personne résidente.

Une infirmière gestionnaire a reconnu que la personne résidente avait subi des mauvais traitements d'ordre physique.

Le fait que la personne résidente n'ait pas été protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique par la PSSP a entraîné un changement dans l'état de santé de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'IAA de l'organisme et une infirmière gestionnaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

26 novembre 2024

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA n° 002)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 002

En vertu de l'article 158 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, 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 administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours

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

des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Un ordre de conformité à priorité élevée a été délivré le 31 janvier 2023 dans le cadre de l'inspection n° 2023-1514-0003 en vertu du paragraphe 19 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* – Obligation de protéger.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. 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 résidents afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 MARCHE À SUIVRE
RELATIVE AUX PLAINTES – TITULAIRES DE PERMIS**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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 :

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

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.

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Fournir un enseignement aux infirmières gestionnaires concernées et à la directrice des services aux résidents sur les politiques et procédures du foyer relatives à la présentation de plaintes écrites au directeur.
 - a) Tenir un registre de l'enseignement et de la formation fournis, y compris le contenu, la date, la signature du personnel présent et le nom de la ou des personnes qui ont donné l'enseignement.
- 2) Élaborer un outil de vérification pour surveiller et documenter les plaintes écrites adressées aux infirmières gestionnaires concernées et à la directrice des services aux résidents, qui sont immédiatement signalées au directeur, pendant un mois.
 - a) Conserver un registre des vérifications effectuées, y compris la date, l'heure du quart de travail, le nom de la personne qui effectue la vérification, les observations faites et le contenu de l'enseignement donné sur place ou d'autres mesures correctives prises, le cas échéant.
- 3) Documenter les mesures prises pour assurer la pérennité en veillant à ce que les plaintes écrites soient immédiatement transmises au directeur.
- 4) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre a été respecté.

Motifs

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur toute plainte écrite qu'il a reçue concernant les soins aux personnes résidentes.

Justification et résumé

1) Une personne plaignante a envoyé plusieurs courriels à une infirmière gestionnaire, à la directrice des services aux résidents et à d'autres membres du personnel au sujet de diverses préoccupations liées aux soins et de problèmes non résolus liés aux soins. Ces courriels n'ont pas été envoyés au directeur comme le prévoit le règlement.

L'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents ont toutes deux reconnu qu'elles n'avaient pas transmis les courriels au directeur.

Le fait de ne pas informer le directeur d'une plainte écrite relative à des préoccupations en matière de soins pour une personne résidente a entraîné un manque de surveillance et de transparence dans la procédure de plaintes du foyer et a limité la capacité du directeur à donner suite aux plaintes, le cas échéant.

Sources : Registres des plaintes par courriel; entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

2) Une personne plaignante a envoyé un courriel à la directrice des services aux résidents dans lequel elle faisait part de ses préoccupations concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Une infirmière gestionnaire a examiné le courriel et a confirmé qu'il exposait des préoccupations concernant les soins prodigués à la personne résidente. La directrice des services aux résidents n'a pas été en mesure de fournir des informations prouvant que le directeur avait été informé de cette plainte écrite.

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

Le fait de ne pas informer le directeur d'une plainte écrite relative à des préoccupations en matière de soins pour une personne résidente a entraîné un manque de surveillance et de transparence dans la procédure de plaintes du foyer.

Sources : Correspondance par courriel; entretiens avec l'infirmière gestionnaire et la directrice des services aux résidents.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

26 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 COMPORTEMENTS

RÉACTIFS

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

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

Le titulaire de permis doit :

1) Fournir aux PSSP, aux infirmières et aux infirmières de l'organisme qui travaillent dans des aires précises du foyer un enseignement sur les politiques et les

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

procédures du programme en matière de comportements réactifs du foyer (*Responsive Behaviour Program*), y compris, mais sans s'y limiter, l'aiguillage vers le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, le registre du Système d'observation de la démence et l'outil de synthèse sur les comportements réactifs (*Responsive Behaviour Debriefing Tool*).

- a) Tenir un registre de l'enseignement et de la formation offerts, y compris le contenu, la date, la signature des participants et le nom du ou des membres du personnel qui ont donné l'enseignement.
- 2) Élaborer un outil de vérification pour surveiller et documenter le fait que lorsque les personnes résidentes ont des comportements réactifs, elles sont orientées vers le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, surveillées à l'aide du registre du Système d'observation de la démence et l'outil de synthèse sur les comportements réactifs est complété conformément à la politique du foyer, pendant deux semaines.
 - a) Conserver un registre des vérifications effectuées, y compris la date, l'heure du quart, le nom de la personne qui effectue la vérification, les observations faites et le contenu de l'enseignement donné sur place ou d'autres mesures correctives prises, le cas échéant.
- 3) Documenter les mesures prises pour assurer la pérennité afin de s'assurer que lorsque les personnes résidentes ont des comportements réactifs, elles sont orientées vers le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, suivies à l'aide du registre du Système d'observation de la démence et que l'outil de synthèse sur les comportements réactifs soit complété.
- 4) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre a été respecté.

Motifs

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme en matière de comportements réactifs lorsque les personnes résidentes ont manifesté des comportements réactifs.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que soient élaborés des politiques et des protocoles écrits élaborés pour le programme du foyer en matière de comportements réactifs, y compris l'aiguillage interdisciplinaire, les évaluations et les interventions pour chaque personne résidente présentant un comportement réactif, et à ce que ceux-ci soient respectés.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique en matière de comportements réactifs (*Responsive Behaviour*) qui indiquait qu'un aiguillage vers le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, le registre du Système d'observation de la démence et l'outil de synthèse sur les comportements réactifs devaient être complétés après un incident de comportement réactif.

Justification et résumé

1) La politique du foyer en matière de comportements réactifs demandait au personnel d'effectuer un aiguillage vers le personnel du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario lorsque les interventions comportementales n'étaient pas fructueuses.

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs à l'égard d'une autre personne résidente. À une occasion, la personne résidente a eu un épisode de comportement réactif qui a entraîné un événement indésirable pour l'autre personne résidente, mais la personne résidente n'a pas été aiguillée vers une évaluation par le personnel du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario 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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Une PSSP a reconnu que la personne résidente continuait à avoir des comportements réactifs envers les autres personnes résidentes.

Une IA a reconnu que la personne résidente n'avait pas été aiguillée vers le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario à la suite de l'altercation, conformément à la politique du foyer.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit évaluée par l'équipe du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario à la suite de l'incident de comportement réactif a exposé la personne à un risque d'incidents répétés.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, politique en matière de comportements réactifs (*Responsive Behaviour policy*); entretiens avec la PSSP et l'IA.

- 2) La politique du foyer en matière de comportements réactifs demandait au personnel de :
- a) Effectuer un aiguillage vers le personnel du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario lorsque les interventions comportementales n'étaient pas fructueuses
 - b) Compléter le registre du Système d'observation de la démence afin de procéder à une évaluation approfondie des comportements réactifs
 - c) Compléter l'outil de synthèse sur les comportements réactifs à la suite d'un épisode de comportement réactif nouveau ou intensifié.

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs à l'égard d'une autre personne résidente. Les deux personnes résidentes avaient des antécédents de comportements réactifs.

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

L'examen des dossiers de la personne résidente et de l'autre personne résidente a révélé que les évaluations et les orientations particulières n'avaient pas été effectuées conformément à la politique du foyer. Cela a été confirmé par le personnel du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario du foyer, l'IA et l'infirmière gestionnaire.

Le fait de ne pas avoir évalué les personnes résidentes conformément à la politique du foyer en matière de comportements réactifs a entraîné un risque accru de comportements réactifs continus.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, politique en matière de comportements réactifs (*Responsive Behaviour policy*); entretiens avec le personnel du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, l'IA et l'infirmière gestionnaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

26 novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 PROGRAMME DE
PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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).

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Fournir un enseignement à une PSSP sur les politiques du foyer en matière d'hygiène des mains conformément aux quatre moments lorsqu'elle aide à nourrir plus d'une personne résidente pendant le service de repas.
- 2) Effectuer des vérifications aléatoires auprès de la PSSP afin de l'observer en train d'effectuer l'hygiène des mains conformément aux quatre moments lorsqu'elle aide à nourrir plus d'une personne résidente à la fois pendant le service des repas, pendant les deux semaines suivant la réception de cet ordre, au moins trois fois par semaine, y compris au déjeuner, au dîner et au souper, pendant les quarts de travail auxquels la PSSP est affectée.
 - a) Conserver un registre des vérifications effectuées, y compris la date, l'heure du quart de travail, le nom de la personne qui effectue la vérification, les observations faites, et le contenu de l'enseignement donné sur place ou d'autres mesures correctives prises, le cas échéant.
- 3) Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour assurer la pérennité de la pratique de l'hygiène des mains par le personnel lorsqu'il aide à nourrir plus d'une personne résidente à la fois dans l'aire spécifiée du foyer.
- 4) Fournir un enseignement à une IAA et à une PSSP étudiante sur le choix et le port appropriés de l'équipement de protection individuelle (EPI) lorsque le foyer est touché par une éclosion et que des précautions supplémentaires sont en place pour les personnes résidentes isolées.
- 5) Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour s'assurer que les précautions supplémentaires appropriées soient affichées sur la porte d'une personne résidente, au besoin.

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) Fournir un enseignement au personnel chargé d'apposer des affiches de précautions supplémentaires sur les portes des personnes résidentes à cette marche à suivre écrite.
- 7) Conserver un registre des plans d'action décrits dans les sections trois et cinq ci-dessus. Définir les rôles et les responsabilités du personnel, ainsi qu'un échéancier pour la mise en œuvre de chaque élément mentionné ci-dessus avant la date d'échéance de mise en conformité.
- 8) Conserver un registre de tout l'enseignement et de toute la formation donnés conformément aux sections un, quatre et six ci-dessus, y compris le contenu, la date, la signature du personnel présent et le nom de la ou des personnes qui ont assuré l'enseignement.
- 9) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre a été respecté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la *Norme de prévention et de contrôle des infections* (PCI) délivrée par le directeur.

Justification et résumé

1) La *Norme de PCI*, plus précisément le point b) relatif aux pratiques de bases dans la section 9.1, exigeait que le foyer s'assure que l'hygiène des mains soit effectuée conformément aux quatre moments.

Le Bureau de santé publique de Toronto a déclaré que le foyer était en situation d'écllosion entérique. Une PSSP a été observée en train d'aider deux personnes résidentes à manger pendant le service du dîner. La PSSP est entrée en contact physique avec les deux personnes résidentes à plusieurs reprises et n'a pas pratiqué l'hygiène des mains entre les contacts avec les personnes résidentes. À un certain moment, l'une des personnes résidentes a craché de la nourriture et la PSSP

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

a utilisé une serviette pour nettoyer la bouche et la main de la personne résidente et a omis d'effectuer l'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec l'autre personne résidente.

La PSSP a reconnu ne pas avoir effectué d'hygiène des mains entre les contacts avec les personnes résidentes, car elle aidait deux personnes résidentes à manger, et elle a ajouté qu'elle aurait dû le faire.

Le fait de ne pas effectuer d'hygiène des mains selon les quatre moments a exposé les personnes résidentes à un risque de transmission de maladies.

Sources : Observation; entretien avec la directrice des services aux résidents.

2) La *Norme de PCI*, en particulier le point f) de la section 9.1 sous Précautions supplémentaires, exigeait que le foyer s'assure que les exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix et le port appropriés, étaient en place.

Le Bureau de santé publique de Toronto a déclaré que le foyer était en situation d'éclosion entérique.

i) Dans une aire précise du foyer, une personne résidente avait une affiche indiquant qu'elle faisait l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact apposée sur sa porte qui exigeait que toute personne entrant dans la chambre porte de l'EPI, y compris une blouse d'isolation, un masque, une protection oculaire ou un écran facial ainsi que des gants. Lorsqu'une PSSP étudiante a répondu à la sonnette d'appel de la personne résidente, elle est entrée dans la chambre en portant l'EPI requis, à l'exception d'un écran facial.

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

ii) Dans une aire précise du foyer, une IAA a été observée sans masque au poste de soins infirmiers. L'IAA a indiqué qu'elle aurait dû porter un masque puisque l'unité était en situation d'éclosion.

Le responsable de la PCI a confirmé que la PSSP étudiante aurait dû porter un écran facial avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact et que l'IAA aurait dû porter un masque au poste de soins infirmiers lorsqu'elle se trouvait en situation d'éclosion.

Le fait de ne pas s'assurer que la PSSP étudiante et l'IAA portaient l'EPI approprié a exposé les personnes résidentes à un risque de transmission de la maladie.

Sources : Observations; entretiens avec la PSSP étudiante, l'IAA et le responsable de la PCI.

2) La *Norme de PCI*, en particulier le point f) de la section 9.1 sous Précautions supplémentaires, exigeait que le foyer s'assure qu'une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôles améliorées en matière de PCI était en place.

Le Bureau de santé publique de Toronto a déclaré que le foyer était en situation d'éclosion entérique et a indiqué sur la liste de vérification de la gestion des éclosions entériques que si le test PCR ne permettait pas d'exclure la présence de COVID-19 chez une personne résidente symptomatique, cette dernière ferait l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact.

On a remarqué que des personnes résidentes avaient des affiches sur les précautions à prendre en cas de contact sur leur porte d'entrée. Conformément à la

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

liste sommaire pour l'éclosion entérique, ces personnes résidentes n'avaient pas encore été soumises à un test PCR pour exclure la présence de COVID-19.

Le responsable de la PCI a confirmé que les personnes résidentes auraient dû avoir des affiches indiquant que les personnes résidentes faisaient l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact sur leurs portes.

Le fait de ne pas avoir mis en place la bonne affiche concernant les précautions supplémentaires sur la porte d'une personne résidente peut entraîner un choix et un port inadéquats de l'EPI, exposant ainsi les personnes résidentes à un risque de transmission de maladies.

Sources : Observations; liste de vérification de la gestion des éclosions entériques du Bureau de santé publique de Toronto (*TPH Enteric Outbreak Management Checklist*), Liste sommaire des éclosions entériques; entretiens avec le responsable de la PCI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

26 novembre 2024

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 003).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA n° 003)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 005

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

En vertu de l'article 158 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, 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 administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Un ordre de conformité a été délivré le 25 avril 2024 dans le cadre de l'inspection n° 2024-1514-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) de la *LRSLD (2021)* – Programme de prévention et de contrôle des infections.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. 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 résidents afin de payer l'APA.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

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

Directeur

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

Si la signification se fait :

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

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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

- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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