

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 24 avril 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1333-0001

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Centre de soins de santé de West Park

**Foyer de soins de longue durée et ville :** West Park Long Term Care Centre,  
Toronto

**Inspectrice principale / Inspecteur principal**  
Adelfa Robles (723)

**Signature numérique de l'inspectrice /  
Signature numérique de l'inspecteur**

Adelfa P  
Robles

Signé de façon  
numérique par  
Adelfa P Robles  
Date : 2024.04.28  
23:09:42 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**  
Lisa Salonen Mackay (000761)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 12 avril et du 15 au 18 avril 2024.

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00103463/incident critique n° 2848-000012-23 lié à une éclosion de COVID-19
- Dossier : n° 00103615/incident critique n° 2848-000014-23; dossier : n° 00106215/incident critique n° 2848-000002-24; dossier : n° 00103594/incident critique n° 2848-000013-23, voir le dossier : n° 00103615 – étaient tous liés à des allégations de négligence envers des personnes résidentes
- Dossier : n° 00109668/incident critique n° 2848-000007-24 – lié à des allégations de mauvais traitements physiques du personnel envers

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

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

inspection : Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements  
et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

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

**Non-respect : du sous-alinéa 3 (1) 19. ii. de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit d'une personne résidente à consentir à un traitement soit respecté.

**Justification et résumé :**

Un rapport d'incident critique soumis par le foyer indique qu'une personne résidente a haussé le ton lorsqu'elle a demandé à un membre du personnel de quitter sa chambre. Les notes d'enquête du foyer indiquent que la personne résidente a refusé de changer l'orientation de son équipement lorsque le membre du personnel a voulu lui prodiguer des soins.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

La personne résidente a déclaré qu'elle refusait les soins et a alors haussé le ton pour demander au membre du personnel de partir, mais ce dernier a continué à lui prodiguer des soins. Un autre membre du personnel a déclaré que la personne résidente avait exprimé son refus de recevoir les soins, mais que le membre du personnel avait continué à les prodiguer. Ce membre du personnel a déclaré qu'il a terminé de prodiguer les soins à la personne résidente.

Le foyer a déclaré que le membre du personnel aurait dû poser la question et attendre le consentement de la personne résidente et que le personnel était censé arrêter la tâche et revenir plus tard auprès des personnes résidentes qui refusent les soins.

Le fait de prodiguer des soins à une personne résidente malgré son refus constitue une violation de la Déclaration des droits des résidents relativement au consentement.

**Sources** : notes d'enquête du foyer, rapport d'incident critique n° 2848-000007-24 et entretiens avec le personnel.

[723]

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

1. La prestation des soins prévus dans le 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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les soins liés à la continence prodigués à une personne résidente soient documentés.

**Justification et résumé :**

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique lié à un problème de soins prodigués à une personne résidente ayant entraîné une hospitalisation.

L'examen des dossiers cliniques d'une personne résidente à un moment précis a révélé qu'aucun membre du personnel n'avait apposé sa signature pour indiquer si les soins avaient été prodigués. Le personnel a déclaré qu'il était censé documenter les soins prodigués. Le personnel affecté à la personne résidente à un moment précis a déclaré lui avoir prodigué des soins comme d'habitude, mais ne les a pas documentés. Le foyer a déclaré que, d'après son enquête, le personnel fournissait des soins, mais ceux-ci n'étaient pas documentés.

Il y a un risque que des soins de suivi ne soient pas prodigués lorsque le personnel ne documente pas les soins prodigués conformément au programme de soins de la personne résidente.

**SOURCES :** les dossiers cliniques d'une personne résidente et les entretiens avec le personnel.

[723]

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORTS ET PLAINTES**

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

**Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 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

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

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 n'a pas veillé à ce que la directrice soit informée immédiatement de la situation lorsqu'une allégation de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente a été signalée au foyer.

**Justification et résumé :**

Un rapport d'incident critique soumis par le foyer fait état d'une allégation de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente. Le foyer a ouvert une enquête et la directrice a été informée deux jours après que l'incident a été signalé au foyer.

Un membre du personnel a déclaré avoir informé le foyer de l'allégation de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente. Le foyer a déclaré que les allégations de mauvais traitements et de négligence auraient dû être signalées immédiatement à la directrice.

Le fait que le foyer n'ait pas informé immédiatement la directrice de toute allégation de mauvais traitements n'a pas mis la personne résidente en danger.

**Sources :** notes d'enquête du foyer, rapport d'incident critique n° 2848-000007-24 et entretiens avec le personnel.

[723]

**AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

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

**Non-respect de : l'alinéa 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22**

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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies écrites soient mises en place pour prévenir ou réduire les comportements réactifs d'une personne résidente ou pour y réagir.

**Justification et résumé :**

Une personne résidente a présenté des comportements de plus en plus réactifs. L'examen du programme de soins de la personne résidente n'a inclus aucune approche axée sur les comportements réactifs.

Selon la politique du foyer, un programme de soins doit être élaboré pour répondre au risque de tout comportement cerné et présenter des mesures d'intervention et des stratégies pour gérer les comportements.

Les entretiens avec le personnel révèlent que la personne résidente affiche des comportements réactifs. Le foyer a déclaré que tous les comportements réactifs devaient être inclus dans le programme de soins d'une personne résidente.

La non-vérification de l'élaboration d'approches liées aux déclencheurs des comportements d'une personne résidente et d'approches écrites en matière de soins a augmenté le risque de comportements réactifs gérés de manière inefficace.

**Source :** politique concernant les comportements réactifs (révisée en mars 2023), dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

[000761]

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre un protocole que la directrice a délivré à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de protection individuelle (ÉPI) soit utilisé conformément à la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (norme de PCI), comme l'exige la précaution supplémentaire 9.1(f) de la norme de PCI.

**Justification et résumé :**

Lors d'une éclosion de COVID-19, un membre du personnel a été vu en train de se rendre dans la chambre d'une personne résidente sans blouse, portant un masque chirurgical sous un masque N95. Une affiche à l'entrée de la chambre de la personne résidente indiquait que la personne résidente était soumise à des précautions de PCI renforcées. Le membre du personnel a reconnu que la chambre dans laquelle il est entré nécessitait des précautions supplémentaires de PCI et a confirmé qu'il était entré dans la pièce sans porter l'ÉPI requis.

Le foyer a confirmé qu'à l'entrée dans la chambre d'une personne résidente soumise à des précautions de PCI renforcées, tout membre du personnel doit porter un ÉPI complet. Le foyer a également indiqué que le port d'un masque chirurgical sous un masque N95 et le fait de ne pas porter de blouse avant l'entrée dans la chambre d'une personne résidente dans le cadre des précautions de PCI renforcées ne répondaient pas aux attentes.

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M2M 4K5,  
Téléphone : 866 311-8002

Le non-respect des précautions de PCI renforcées augmente le risque de transmission de l'infection.

**Source :** observations dans le foyer, normes de PCI et entretiens avec le personnel.

[000761]