

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 8 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1100-0002

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Rykka Care Centres LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Hawthorne Place Care Centre, North York

Inspectrice principale/Inspecteur principal
Irish Abecia (000710)

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

Irish J Abecia
Signé numériquement par Irish J Abecia
Date : 2024.05.14 10:11:04 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Nrupal Patel (000755)
Michael Chan (000708)
Trudy Rojas-Silva (000759)
Carrie Normand (000859) était présente lors de cette inspection.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 3 et 4 ainsi que du 8 au 12 et du 15 au 17 avril 2024.

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : 5 avril 2024

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un incident critique :

- Le dossier : n° 00105780 – [Incident critique : 2586-000001-24] - concernant des allégations de mauvais traitements d'ordre physique et les soins de la peau et des plaies
- Les dossiers : n° 00108045 – [Incident critique : 2586-000014-24],

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

- Le dossier : n° 00108174 – [Incident critique : 2586-000015-24] - concernant la négligence envers une personne résidente et la gestion de la douleur
- Le dossier : n° 00108419 – [Incident critique : 2586-000016-24] - concernant l'éclosion d'une maladie
- Le dossier : n° 00108471 – [Incident critique : 2586-000017-24] - concernant des soins inappropriés/inadéquats prodigués à une personne résidente
- Le dossier : n° 00109379 – [Incident critique : 2586-000022-24] - concernant de mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels envers une personne résidente
- Le dossier : n° 00111380 – [Incident critique : 2586-000030-24] - concernant la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Le dossier : n° 00112590 – [Incident critique : 2586-000036-24] - concernant un incident ayant entraîné une blessure pour laquelle la personne résidente a été transportée à l'hôpital

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

inspection : Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux
personnes résidentes
Prévention et contrôle des
infections
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements
et de la négligence
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique commis par une autre personne résidente.

L'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. »

Justification et résumé

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été témoin d'une altercation physique entre deux personnes résidentes. Une personne résidente a frappé une autre personne résidente, ce qui a entraîné une blessure. Le personnel est intervenu et l'incident a pris fin. La PSSP, le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que la personne résidente avait fait usage de la force physique et avait blessé l'autre personne résidente.

L'absence de protection d'une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique d'une autre personne résidente a entraîné une blessure chez la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques des deux personnes résidentes, incident critique n° 2586-000029-24, entretiens avec une PSSP 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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

[000708]

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

Problème de conformité n° 002 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 lesquels ils sont fondés :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'altercation physique entre deux personnes résidentes soit immédiatement signalée au directeur ou à la directrice.

Justification et résumé

Une PSSP a été témoin d'une altercation physique entre deux personnes résidentes. Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur ou à la directrice le lendemain de l'incident.

Le ou la DSI a reconnu que l'incident aurait dû être signalé immédiatement au directeur ou à la directrice.

Le fait de ne pas avoir immédiatement signalé l'incident au directeur ou à la directrice n'a pas mis la personne résidente en danger.

Source : incident critique n° 2586-000029-24; et entretiens avec le ou la

DSI et d'autres membres du personnel. [000708]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

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

Gestion de la douleur

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par l'intervention initiale.

Justification et résumé

Une personne résidente a signalé au travailleur social ou à la travailleuse sociale qu'un membre du personnel infirmier ne s'était pas occupé de ses besoins en matière de douleur pendant son quart de travail.

Il a été constaté que la personne résidente s'est plainte de douleurs à l'infirmier auxiliaire autorisé ou à l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) après que les médicaments analgésiques habituels lui aient été administrés.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a indiqué que l'IAA n'a pas effectué d'évaluation de la douleur lorsque la personne résidente s'est plainte de douleur et qu'il ou elle n'a pas non plus soulagé la douleur lorsque les interventions initiales se sont avérées inefficaces.

L'IAA a reconnu qu'il ou elle n'avait pas effectué d'évaluation de la douleur et qu'il ou elle n'avait pas non plus soulagé la douleur de la personne résidente lorsque celle-ci s'en était plainte auprès de lui ou d'elle.

La politique du foyer stipule que si une personne résidente souffre manifestement,

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

elle doit recevoir des analgésiques et qu'une évaluation de la douleur doit être effectuée.

Un directeur adjoint des soins infirmiers ou une directrice adjointe des soins infirmiers a déclaré que le foyer attendait des IAA qu'ils ou elles suivent la politique de gestion de la douleur, ce qu'il ou elle n'a pas fait, puisque l'IAA n'a pas effectué d'évaluation de la douleur lorsque la personne résidente a exprimé qu'elle souffrait.

Le fait de ne pas procéder à une évaluation de la douleur une fois que les interventions initiales ne se sont pas avérées efficaces a exposé la personne résidente à un risque de gestion inefficace de la douleur.

Sources : entretien avec un ou une IAA et un directeur adjoint des soins infirmiers ou une directrice adjointe des soins infirmiers, notes d'enquête du foyer, politique de gestion de la douleur du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente.

[000759]

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 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs, y compris les interventions, soient documentées pour une 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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

Justification et résumé

Une personne résidente a affiché des comportements réactifs d'agression physique à l'égard d'une autre personne résidente et le personnel a mis en place un outil de surveillance du comportement à la suite de cet incident.

Un examen de l'outil de surveillance du comportement de la personne résidente a révélé que le personnel était tenu de consigner les comportements observés chez la personne résidente à intervalles réguliers pendant une semaine. Cependant, il n'y avait pas de documentation pour deux dates particulières et trois quarts de travail différents.

Le ou la DSI a confirmé que le personnel était censé surveiller la personne résidente et de tenir un registre en fonction de l'horaire prévu indiqué sur l'outil de surveillance du comportement pour tous les quarts de travail.

Le fait de ne pas avoir consigné les réponses des personnes résidentes aux interventions sur l'outil de surveillance du comportement aurait pu empêcher le personnel d'évaluer et d'analyser avec précision les comportements de la personne résidente pendant la période d'observation et de mettre en œuvre d'autres mesures d'intervention si nécessaire.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec le ou la

responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du

comportement et le ou la DSI. [000710]

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 du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe 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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Justification et résumé

Une PSSP a été aperçue alors qu'elle offrait des boissons et des collations à deux personnes résidentes. La PSSP n'a pas aidé à l'hygiène des mains et n'a pas proposé aux deux personnes résidentes de se laver les mains avant de manger et de boire.

Une autre personne résidente a été observée en train de demander des collations à une autre PSSP. La PSSP a ensuite été observée en train d'offrir des collations à la personne résidente. La PSSP n'a pas aidé la personne résidente à se laver les mains ou ne lui a pas proposé de se laver les mains avant de manger.

Les deux PSSP ont confirmé qu'elles n'avaient pas encouragé ni aidé les personnes résidentes à se laver les mains avant de leur servir la collation.

Le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI ont tous deux reconnu que le personnel doit aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les collations.

Le fait de ne pas aider la personne résidente à se laver les mains avant les collations l'a exposée à un risque de transmission d'infections.

Sources : observations; entretiens avec les PSSP, le ou la responsable

de la PCI et le ou la DSI. [000755]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 006 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Au moment de la signification du présent ordre, effectuer des vérifications hebdomadaires pendant trois semaines pour tous les quarts de travail (jours, soirs et nuits) de la réserve d'objets particuliers d'une zone spécifique du foyer destinée aux personnes résidentes afin de s'assurer qu'ils sont conservés en lieu sûr, verrouillés et accessibles uniquement par le personnel du foyer et le personnel autorisé du foyer.
- 2) Dispenser une formation à l'ensemble du personnel de soins directs, au personnel infirmier autorisé et au personnel s'occupant individuellement d'une personne résidente dans une zone spécifique du foyer destinée aux personnes résidentes, concernant le programme de soins de la personne résidente relatif à la vérification de sécurité et au retrait d'objets spécifiques, ainsi que les politiques et procédures du foyer sur la manière de procéder à la vérification de sécurité.
- 3) Conserver un registre de la formation comprenant le formateur ou la formatrice, le personnel formé, l'heure et la date de la formation, et les sujets abordés lors de la formation.
- 4) Réaliser des vérifications sur la prestation de soins à une personne résidente, pour les tâches et les interventions liées aux vérifications de sécurité du personnel

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

et au retrait d'objets spécifiques définis dans son programme de soins. Les vérifications doivent être effectuées au moins deux fois par semaine pour tous les quarts de travail (jours, soirs et nuits) pendant trois semaines.

5) Tenir un registre des vérifications réalisées pour la prestation de soins à une personne résidente et la fourniture d'objets spécifiques, y compris le personnel ayant fait l'objet d'une vérification, la personne ayant fait la vérification, l'heure et la date de la vérification, les résultats de celle-ci et les mesures prises en réponse aux conclusions de la vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer constitue un environnement sûr et sécurisé pour une personne résidente lorsque celle-ci a utilisé un objet pour s'infliger des blessures.

Justification et résumé

Des blessures importantes ont été constatées chez une personne résidente. Une personne résidente a utilisé un objet pour s'infliger des blessures. Le personnel a mis en place des mesures d'intervention médicale et a transféré la personne résidente à l'hôpital.

Un ou une IAA a déclaré que la personne résidente avait été trouvée avec deux objets au moment de l'incident, l'un des objets étant le même que celui fourni par le foyer et l'autre étant différent. Le responsable ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a indiqué que la personne résidente a obtenu l'objet à l'extérieur du foyer. Une PSSP a indiqué que l'un des objets utilisés provenait des fournitures du foyer. Le foyer n'a pas été en mesure de déterminer comment la personne résidente a pu acquérir ces objets.

Le programme de soins de la personne résidente indique que le personnel doit effectuer des vérifications de sécurité et signaler au personnel autorisé ou à la direction la présence d'objets à risque élevé.

Lors d'une observation, la réserve d'objets spécifiques du foyer était entreposée dans un espace de rangement non fermé à clé. Un ou une IAA a déclaré que les PSSP pouvaient accéder aux objets de l'espace de rangement en fonction des

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

besoins des personnes résidentes. Le ou la DSI a confirmé que ces objets fournis par le foyer auraient dû être conservés sous clé en lieu sûr et n'être accessibles qu'au personnel autorisé.

Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, une PSSP, un ou une IAA et le ou la DSI ont indiqué que la personne résidente n'aurait dû avoir accès à aucun des objets. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et un ou une IAA ont confirmé que si ces objets étaient accessibles aux personnes résidentes, le foyer ne constituait pas un environnement sûr et sécuritaire pour ces dernières.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le foyer soit un environnement sûr et sécuritaire pour la personne résidente a mis en péril la sécurité et le bien-être de cette dernière.

Sources : Incident critique n° 2586-000036-24; dossiers cliniques de la personne résidente; observations; et entretiens avec le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, un ou une IAA, le ou la DSI et d'autres membres du personnel.

[000708]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 7 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (CO) n° 002 Programme de soins

Problème de conformité n° 007 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

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

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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

1) Former les PSSP aux politiques et procédures du foyer relatives à l'utilisation de l'outil de surveillance du comportement.

2) Former l'ensemble du personnel de soins directs et du personnel infirmier autorisé d'une zone spécifique du foyer destinée aux personnes résidentes aux politiques et procédures du foyer relatives à la prévention et à la gestion des chutes, y compris l'obtention d'équipements, de fournitures, d'appareils et d'aides fonctionnelles d'intervention en cas de chute.

3) Conserver un registre de la formation comprenant le formateur ou la formatrice, le personnel formé, l'heure et la date de la formation, et les sujets abordés lors de la formation.

4) Réaliser des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines à l'aide de l'outil de surveillance du comportement et la documentation par une PSSP pour une personne résidente par semaine ou jusqu'à ce que quatre vérifications aient été réalisées.

5) Réaliser des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines pour une personne résidente afin de s'assurer que ses interventions en cas de chute sont mises en œuvre pendant tous les quarts de travail, conformément au programme de soins.

6) Tenir un registre des vérifications effectuées indiquant le personnel et la personne résidente qui ont fait l'objet de la vérification, la personne qui a effectué la vérification, l'heure et la date de la vérification, les résultats de celle-ci et les mesures prises en réponse aux conclusions de la vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de deux personnes résidentes soient dispensés comme spécifié, en particulier en ce qui concerne les interventions en cas de chute et l'outil de surveillance du comportement.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Justification et résumé

i) Il a été constaté qu'une personne résidente ne portait pas d'équipement d'intervention en cas de chute. Le programme de soins de la personne résidente au moment de l'observation indiquait qu'elle présentait un risque de chute et qu'elle devait porter l'équipement d'intervention en cas de chute à tout moment pour se protéger contre une blessure.

Une PSSP a confirmé que l'équipement d'intervention en cas de chute de la personne résidente était souillé et qu'aucun équipement de rechange n'était disponible. Un directeur adjoint des soins infirmiers ou une directrice adjointe des soins infirmiers a indiqué que le personnel était censé signaler les cas où une personne résidente ne disposait pas d'équipement d'intervention en cas de chute au directeur adjoint des soins infirmiers ou à la directrice adjointe des soins infirmiers, à la personne préposée à l'unité de soins ou au membre du personnel infirmier responsable, afin d'obtenir immédiatement un équipement de remplacement.

Le fait de ne pas s'assurer qu'un équipement d'intervention en cas de chute ait été installé comme prévu dans le programme de soins peut entraîner un risque accru de blessure en cas de chute.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente; observations de la personne résidente; et entretiens avec une PSSP et un directeur adjoint des soins infirmiers ou une directrice adjointe des soins infirmiers.

[000710]

ii) Une personne résidente a subi une chute qui a entraîné une blessure et elle a ensuite fait l'objet de mesures d'intervention médicale.

Le programme de soins au moment de la chute indiquait que la personne résidente devait utiliser un équipement d'intervention en cas de chute lors de ses déplacements. L'enquête du foyer a révélé que la personne résidente disposait d'un autre équipement d'intervention en cas de chute au moment de 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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

Une PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas pu localiser l'équipement d'intervention en cas de chute de la personne résidente et qu'elle avait donc utilisé un autre équipement d'intervention en cas de chute avant l'incident. Le ou la DSI a indiqué que le personnel était censé utiliser l'équipement précis d'intervention en cas de chute spécifié dans le programme de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente utilise l'équipement précis d'intervention en cas de chute, comme prévu dans son programme de soins, a augmenté le risque de chute de la personne résidente.

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

[000710]

iii) Un outil de surveillance du comportement a été mis en place pour une personne résidente en raison de l'évolution de son état de santé et pour des raisons de sécurité liées à ses antécédents. La personne résidente faisait l'objet d'un outil de surveillance du comportement à intervalles réguliers pendant un certain nombre de jours afin d'observer son état de santé.

Une PSSP a constaté à une date et à une heure précises que la personne résidente présentait des blessures importantes. Il a été constaté que la personne résidente présentait des blessures à plusieurs endroits, qu'elle s'était infligées à l'aide d'un objet. Le personnel a mis en place des mesures d'intervention médicale et a transféré la personne résidente à l'hôpital.

La PSSP a documenté une vérification avant l'heure prévue dans l'outil Point Click Care (PCC). La PSSP a indiqué qu'elle avait interagi avec la personne résidente avant l'incident, mais qu'elle ne l'avait pas examiné visuellement.

Le ou la DSI et le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont indiqué que les PSSP étaient tenues de remplir l'outil de surveillance du comportement. Le ou la DSI a indiqué que le personnel est censé examiner visuellement une personne résidente lorsqu'il remplit l'outil de surveillance du comportement et documenter les observations au point de service.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Le ou la DSI, le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, un ou une IAA et la PSSP ont déclaré qu'il y avait un risque pour la sécurité de la personne résidente lorsque l'outil de surveillance du comportement n'était pas rempli conformément aux directives.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit examinée visuellement, comme le prévoit son programme de soins, l'a exposée au risque de ne pas bénéficier de mesures d'intervention opportunes lorsqu'elle se livrait à des comportements d'automutilation.

Sources : incident critique n° 2586-000036-24, entretien avec la direction et le personnel du foyer, dossier clinique de la personne résidente.

[000708]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 14 juin 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 relative 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 1 100,00 \$, 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la Loi et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Historique de la conformité :

Avis écrit émis le 29 février 2024, dans le cadre du rapport d'inspection n° 2024-1100-0001

Ordre de conformité émis le 18 décembre 2023, dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1100-0008

Avis écrit émis le 1^{er} mars 2023, dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1100-0004

Avis écrit et plan de correction volontaire émis le 6 octobre 2021, dans le cadre du rapport d'inspection n° 2021_766500_0024

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés par courrier après la livraison de cet avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer une pénalité administrative à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le Ministère [c.-à-d., soins infirmiers et personnels (SIP); services de 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
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :
866 311-8002

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative 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.

Directeur

a/s 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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

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 un exemplaire de la décision du directeur n'est pas signifié au titulaire de permis dans un délai de 28 jours à compter de la réception de sa demande de révision, cet (ces) ordre(s) est (sont) et/ou cet avis de pénalité administrative est (sont) réputé(s) confirmé(s) par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis un exemplaire de cette 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;
- (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.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

a/s 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.