

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 : 25 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1413-0002	
Type d'inspection : Suivi des incidents critiques	
Titulaire de permis : Réseau de santé universitaire (University Health Network)	
Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeside Long Term Care Centre, Toronto	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Chinonye Nwankpa (000715)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur Signé numériquement par Chinonye Chinonye Nwankpa Nwankpa Date : 2024.05.22 16:19:30 -04'00'
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s) Kehinde Sangill (741670) Vinitaa Rajasingaam (000855) était présente lors de cette inspection.	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 3, 4, 8, 9, 10 et 12 avril 2024 et le 15 avril 2024, en tant qu'inspection hors site

Le(s) dossier(s) suivant(s) ont été rempli(s) lors de l'inspection liée à l'incident critique (IC) :

- Le dossier : n° 00105825 – IC n° 2929-000006-24 relatif à la prévention et au contrôle des infections
- Le dossier : n° 00107733 – IC n° 2929-000010-24 relatif à des allégations de

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° 00108291/incident critique n° 2929-00013-24 – lié à des allégations de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente

Le ou les dossiers de suivi ont été inspectés :

- Le dossier : n° 00107379 - Ordre de conformité n° 001 relatif à la prévention et au contrôle des infections

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° 2024-1413-0001 lié au par. 102 (8) du Règl. de l'Ont., 246/22 inspecté par Kehinde Sangill (741670)

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

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des personnes résidentes

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 1) de la LRSLD (202)

Déclaration des droits des personnes 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 :

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. Chaque personne résidente a le droit d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui reconnaisse pleinement sa dignité inhérente, sa valeur et son individualité, peu importe sa race, son ascendance, son lieu d'origine, sa couleur, son origine ethnique, sa citoyenneté, ses croyances, son sexe, son orientation sexuelle, son identité de genre, son expression de genre, son âge, son état matrimonial, sa situation familiale ou son handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui reconnaisse pleinement l'individualité de la personne résidente et respecte sa dignité.

Justification et résumé

Une personne résidente qui avait besoin d'aide pour prendre une douche n'a pas reçu les soins nécessaires au moment souhaité ou selon son choix. La personne résidente a déclaré qu'elle ne bénéficiait pas de la même courtoisie et du même niveau de soins que les autres personnes résidentes.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que la personne résidente était bouleversée et avait besoin d'un soutien affectif à la suite de l'incident.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit traitée avec respect et dignité a entraîné une détresse émotionnelle.

Sources : Système de rapport d'incidents critiques, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec la personne résidente et l'IAA. 1741670]

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 : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

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

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

Justification et résumé

1) Une personne résidente n'a pas été équipée d'un dispositif de prévention des chutes dans le cadre de ses mesures d'interventions de gestion des chutes.

Une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a indiqué qu'elle avait omis de mettre en place le dispositif de prévention des chutes sur le résident. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que le dispositif de prévention des chutes n'avait pas été mis en place comme stipulé dans le programme de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas mettre en place le dispositif de prévention des chutes de la personne résidente augmente les risques de blessures causées par des chutes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP et le DSI. 1000715]

2) Une personne résidente n'a pas été équipée de son dispositif de prévention des chutes dans le cadre de ses mesures d'interventions de gestion des chutes de son programme de soins.

Une observation a révélé que la personne résidente n'avait pas son dispositif de prévention des chutes en place.

Une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a indiqué qu'elle avait omis de mettre en place le dispositif de prévention des chutes sur le résident. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que le dispositif de prévention des chutes n'avait pas été mis en place comme stipulé dans le programme

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage, Toronto

(Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas mettre en place le dispositif de prévention des chutes de la personne résidente comme c'est stipulé dans son programme de soins a augmenté les risques de blessures causées par des chutes.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP et le DSI. [000715]

3) Le programme de soins d'une personne résidente indique que le personnel doit s'assurer que la personne résidente peut localiser sa sonnette d'appel. Cependant, une observation a révélé que la personne résidente était laissée seule dans sa chambre et que la sonnette d'appel était hors de sa portée.

Une PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas placé la sonnette d'appel à portée de main de la personne résidente lorsqu'elle l'avait laissée dans sa chambre. Le DSI a reconnu que la sonnette d'appel devait toujours être à portée de main et accessible à la personne résidente.

Il y avait un risque accru de préjudice pour la personne résidente lorsque la sonnette d'appel n'était pas à sa portée, conformément à son programme de soins.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP et le DSI. [000715]

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

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

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage, Toronto

(Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique l'information sur laquelle 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 aux personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne inflige un mauvais traitement à une personne résidente ou que le personnel prodigue un mauvais traitement à une personne résidente, ce qui a entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, signale immédiatement la situation au directeur.

Justification et résumé

Un incident présumé de mauvais traitement et de négligence à l'égard d'une personne résidente par un membre du personnel du foyer a été signalé. Toutefois, l'incident a été signalé au ministère des Soins de longue durée (MSLD) le lendemain de l'incident.

Le DSI a reconnu que l'incident aurait dû être immédiatement signalé au directeur et que le fait de ne pas l'avoir fait constituait un signalement tardif.

Le fait de ne pas signaler immédiatement au directeur les cas présumés de mauvais traitement et de négligence entre les membres du personnel et les personnes résidentes n'a pas eu d'incidence sur les personnes résidentes.

Sources : Rapport d'incidents critiques et entretien avec le DSI. [741670]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des programmes interdisciplinaires soient élaborés et mis en œuvre dans le foyer :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes soit mis en œuvre dans le foyer afin de réduire les risques de blessure d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 1 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis a été tenu d'assurer qu'un programme de prévention et de gestion des chutes soit en place afin de réduire l'incidence des chutes des personnes résidentes et le risque de blessures, et devait s'y conformer.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique de gestion des chutes, révisée en mars 2023, qui était incluse dans le programme de prévention des chutes du titulaire de permis.

Justification et résumé

La politique de gestion des chutes du foyer demande au personnel autorisé de procéder à une évaluation particulière avant que le personnel soignant procède au transfert de la personne résidente à la suite d'une chute.

Un enregistrement vidéo a révélé qu'après la chute d'une personne résidente, celle-ci a été transférée du sol par deux PSSP avant que l'infirmière ne procède à l'évaluation précise.

Le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que l'évaluation précise n'avait pas été réalisée avant le transfert de la personne résidente, conformément à la politique du

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage, Toronto

(Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

foyer.

Le fait de ne pas avoir effectué l'évaluation précise avant le transfert de la personne résidente a augmenté le risque de blessure.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique de gestion des chutes, section 15, RC 15-01-01. Dernière révision en mars 2023, enregistrement vidéo; entretien avec le DSI. 1000715]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Altercations et autres interactions entre les personnes résidentes

Problème de conformité n° 005 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : paragraphe 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les personnes résidentes et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, notamment :

(b) (b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis d'élaborer, de soumettre et de mettre en œuvre un programme visant à assurer la conformité avec l'alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021) :

Le titulaire de permis devra élaborer, soumettre et mettre en œuvre un programme garantissant que des mesures sont prises pour réduire au maximum le risque d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes. Le programme devra comprendre, sans s'y limiter, les éléments

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage, Toronto

(Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

suivants :

- des formations sur la gestion des comportements réactifs, la prévention des mauvais traitements et de la négligence et la mise en œuvre des mesures d'interventions du programme de soins pour les comportements réactifs fournies aux PSSP
- une surveillance des PSSP pour s'assurer qu'elles respectent les directives du programme de soins
- un suivi des risques potentiels d'altercation entre les personnes résidentes
- l'examen et la révision des programmes de soins de deux personnes résidentes liés en particulier aux comportements réactifs en collaboration avec le personnel et d'autres personnes qui participent à différents aspects de leurs soins, et les révisions communiquées au personnel soignant qui s'occupe de ces personnes résidentes
- des processus visant à garantir que des mesures d'intervention en matière de comportement sont mises en œuvre et continuent de réduire efficacement le nombre de mauvais comportements et de risques pour les personnes résidentes
- des mesures à long terme visant à réduire le risque d'altercation entre les personnes résidentes, y compris l'a détermination et la mise en œuvre de mesures d'interventions
- Le programme doit inclure les rôles et responsabilités du personnel ainsi qu'un calendrier pour la mise en œuvre de chaque élément mentionné ci-dessus dans le délai des exigences de conformité.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2024-1413- 0002, à Chinonye Nwankpa (000715), inspectrice des foyers de SLD, MSLD, par courriel à torontodistrict.mlrc@ontario.ca avant le 9 mai 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de PI/PHI.

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage, Toronto

(Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour réduire le risque d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre deux personnes résidentes, y compris la détermination et la mise en œuvre de mesures d'interventions.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indique qu'il présente des comportements réactifs précis et oriente le personnel vers des mesures d'interventions visant à prévenir ces comportements.

Un enregistrement vidéo a montré que la personne résidente avait des comportements réactifs précis à l'égard d'une autre personne résidente. Le dossier montre également qu'une PSSP présente n'est pas intervenue.

La PSSP a confirmé qu'elle n'était pas intervenue lorsqu'elle avait observé l'incident entre les personnes résidentes. Le DSI a reconnu que la PSSP n'était pas intervenue lorsque l'incident avait été découvert initialement.

L'altercation a entraîné la chute des deux personnes résidentes et la blessure de l'une d'entre elles.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, enregistrements vidéo; entretiens avec la PSSP et le DSI. [000715]

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL**PRENDRE ACTE**

Le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer cet (ces) ordre(s) et/ou cet avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de

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 *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 licence 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, courriel ou 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
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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

Si le service est effectué par :

- (a) courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) 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 suivants 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.