

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 initial

Date d'émission du rapport : 18 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1613-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : The Regional Municipality of Peel

Foyer de soins de longue durée et ville : Malton Village Long Term Care Centre, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9, du 12 au 16 et les 19 et 20 août 2024.

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

- Demande n° 00115414 [Incident critique (IC) n° M618-000026-24], demande n° 00115439 [IC n° M618-000025-24], demande n° 00117802 [IC n° M618-000035-24] – liées aux chutes de personnes résidentes
- Demande n° 00116588 [IC n° M618-000029-24], demande n° 00119512 [IC n° M618-000040-24], demande n° 00123743 [IC n° M618-000047-24] – liées aux mauvais traitements entre personnes résidentes
- Demande n° 00118897 [IC n° M618-000036-24] liée à une altercation physique entre personnes résidentes
- Demande n° 00118984 [IC n° M618-000038-24] liée à de la négligence envers 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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

- Demande n° 00121670 [IC n° M618-000042-24] liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel entraînant une blessure
- Demande n° 00122529 [IC n° M618-000044-24] liée à une tentative de suicide d'une personne résidente

L'inspection concernait la demande découlant d'une plainte suivante :

- Demande n° 00116001 – plainte portant sur de la négligence et des soins administrés à une personne résidente de façon incompétente ou inappropriée

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : FOYER SÛR ET SÉCURITAIRE

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'article 5 de la *LRSLD* (2021)

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

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.

Le foyer n'a pas veillé à offrir un milieu sûr et sécuritaire à une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a été envoyée à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide. L'infirmière autorisée (IA) a affirmé que cette personne résidente avait tendance à accumuler un grand nombre d'objets dans sa chambre et qu'il y avait plusieurs objets dangereux dans sa chambre au moment de l'incident. On ignore comment elle a obtenu ces objets.

Lors d'une observation dans la chambre de la personne résidente, on a remarqué la présence de plusieurs objets dangereux.

Conformément au programme de soins de la personne résidente, le personnel devait procéder à des vérifications de l'environnement de la personne résidente et sortir tout objet susceptible d'être utilisé pour faciliter une tentative de suicide. La politique du foyer concernant l'évaluation du risque de suicide et la prévention du suicide (*Suicide Risk Assessment and Prevention Policy*) mentionnait que les cordons, le linge de maison, les médicaments, les sacs de plastique, les objets pointus ou tranchants, les substances toxiques et les dispositifs de sécurité représentaient des risques et elle exigeait que le personnel sorte les objets susceptibles d'être utilisés pour faciliter une tentative de suicide.

Le superviseur des soins a confirmé que le personnel procédait à tous les quarts de travail à une vérification de l'environnement de la personne résidente et qu'il aurait dû sortir les articles dangereux de la chambre de cette dernière. Le superviseur 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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

soins a également reconnu que le foyer n'avait pas veillé à offrir un milieu sûr et sécuritaire à la personne résidente.

En ne sortant pas les objets potentiellement dangereux, le foyer n'a pas offert un milieu sûr et sécuritaire à la personne résidente.

Sources : Observations dans la chambre de la personne résidente, examen du rapport d'incident critique (RIC), dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel autorisé et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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 les membres du personnel qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'évaluation de cette dernière de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres et soient compatibles les unes avec les autres.

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

Lors de l'admission d'une personne résidente, l'IA a évalué que cette dernière se servait d'un dispositif comme appareil d'aide personnelle. On a intégré le dispositif dans le programme de soins de la personne résidente à titre de mesure de prévention des chutes. Lors de son évaluation, le médecin a indiqué dans le formulaire de consentement à la contention (*Restraint Consent Form*) que le dispositif de la personne résidente constituait un moyen de contention et il a consigné cette conclusion dans les notes d'évolution.

Lors d'une observation, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que le dispositif était un appareil d'aide personnelle. Le physiothérapeute et le superviseur des soins ignoraient que le médecin avait évalué que le dispositif était un moyen de contention. Ils ont reconnu que le dispositif de la personne résidente était défini comme un appareil d'aide personnelle dans le programme de soins, mais qu'il était utilisé comme moyen de contention pour restreindre la liberté de mouvement de la personne résidente. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), le physiothérapeute et le superviseur des soins ignoraient que le médecin avait évalué que le dispositif était un moyen de contention. Le superviseur des soins a confirmé que le programme de soins n'avait pas été mis à jour lorsque le médecin avait défini le dispositif comme un moyen de contention au lieu d'un appareil d'aide personnelle.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les membres du personnel collaborent afin d'obtenir des évaluations compatibles quant à l'utilisation comme moyen de contention du dispositif de la personne résidente a compromis le bien-être et la sécurité de cette dernière.

Sources : Observation, examen du formulaire de consentement à un appareil d'aide personnelle (*PASD Consent Form*), du formulaire de consentement à la contention (*Restraint Consent Form*), des notes d'évolution et du programme de soins et

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

entretiens avec une PSSP, l'IAA, l'IA, le physiothérapeute et les superviseurs des soins.

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 : 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à vérifier qu'une personne résidente était en sécurité comme cela était précisé dans le programme de soins.

Justification et résumé

Une personne résidente a été envoyée à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide.

Le programme de soins de la personne résidente précisait que le personnel était tenu de vérifier à des intervalles précis que la personne résidente était en sécurité et de consigner ces vérifications. Deux observations à une date donnée ont révélé qu'aucun membre du personnel n'avait effectué les vérifications de sécurité requises au cours de ces périodes.

Une PSSP a indiqué qu'elle observait la personne résidente lorsqu'elle passait dans le couloir, mais elle n'a pas pu préciser l'heure de ces vérifications. Elle a également reconnu que le fait de ne pas effectuer les vérifications de sécurité augmentait le risque que la personne résidente fasse une tentative de suicide.

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 superviseur des soins a confirmé que le personnel devait effectuer les vérifications de sécurité prévues dans le programme de soins.

Le fait de ne pas avoir effectué les vérifications de sécurité prévues dans le programme de soins a compromis la sécurité de la personne résidente.

Sources : Observations, examen des dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger la personne résidente no 004 des mauvais traitements d'ordre physique infligés par la personne résidente no 005.

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

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

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) a été soumis au directeur en lien avec un incident de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.

Une PSSP a vu la personne résidente n° 005 tirer la personne résidente n° 004 hors d'une pièce et commencer à la frapper. La personne résidente n° 004 est alors tombée sur le sol et s'est blessée. L'évaluation de la douleur effectuée a indiqué que la personne résidente n° 004 ressentait un certain niveau de douleur.

La PSSP a reconnu avoir été témoin de l'incident. Le superviseur des soins a reconnu que la personne résidente n° 005 avait infligé de mauvais traitements d'ordre physique à la personne résidente n° 004, ce qui a causé à cette dernière une blessure et de la douleur.

La personne résidente n° 004 a subi une blessure puisque le foyer n'a pas veillé à la protéger contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 005.

Sources : Examen du RIC, dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, entretiens avec une PSSP et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 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 :

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

- 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 qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé

On a remarqué qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique sur une partie de son corps. Le personnel autorisé a procédé à l'évaluation initiale de la peau et des plaies de la personne résidente, mais aucune réévaluation hebdomadaire de la peau et des plaies n'a été effectuée pendant cette semaine du mois.

La politique du foyer sur le programme de soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Care Program*) indiquait qu'une personne résidente présentant 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, devait faire l'objet d'une réévaluation au moins une fois par semaine.

L'IA et le superviseur des soins ont tous deux affirmé que les signes d'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente auraient dû être réévalués chaque semaine à l'aide de l'évaluation de la peau et des plaies et que la réévaluation hebdomadaire n'avait pas été effectuée pendant cette semaine du mois.

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'omission de réévaluations hebdomadaires de la peau augmente le risque d'une surveillance insuffisante et d'un traitement inadéquat de la peau.

Sources : Examen de la politique du foyer de soins de longue durée sur le programme de soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Care Program*), dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec l'IA et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

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 4 du paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

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 :

4. Des protocoles permettant de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le protocole permettant de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées soit respecté pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 (Règl. de l'Ont. 246/22), le titulaire du permis doit s'assurer qu'il existe des protocoles permettant de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées au besoin pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs et que ces protocoles sont respectés.

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

Plus particulièrement, le foyer n'a pas respecté la politique sur le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs (*Prevention and Management of Responsive Behaviors Program*), qui exigeait au personnel autorisé de diriger les personnes résidentes vers le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) lorsqu'elles affichaient de nouveaux comportements réactifs.

Justification et résumé

i) Le foyer a présenté un RIC à la suite d'un incident au cours duquel la personne résidente n° 007 a empêché la personne résidente n° 006 de quitter une section accessible aux personnes résidentes en secouant son aide à la mobilité et en criant contre elle, ce qui a provoqué une détresse émotionnelle chez la personne résidente n° 006.

Après l'incident, on a évalué que la personne résidente n° 007 présentait un certain risque de violence. Au cours d'un entretien, l'IA a confirmé qu'aucune mesure d'intervention n'était en place avant cet incident pour gérer les comportements réactifs affichés par la personne résidente n° 007 puisqu'il s'agissait de nouveaux comportements réactifs. Le personnel a reconnu qu'un renvoi au Projet OSTC aurait été nécessaire pour évaluer la personne résidente n° 007, mais que cela n'avait pas été fait.

Le superviseur des soins a confirmé que le renvoi au Projet OSTC n'avait pas été effectué. Il a affirmé que le personnel autorisé aurait dû diriger la personne résidente n° 007 vers l'infirmière du Projet OSTC pour qu'elle intervienne en ce qui concerne les comportements affichés.

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 avoir dirigé la personne résidente vers une ressource spécialisée lorsque cela était nécessaire a présenté le risque que l'on manque une occasion de gérer efficacement les comportements réactifs de la personne résidente.

Sources : Examen du RIC, dossiers de santé cliniques de la personne résidente, politique du foyer de soins de longue durée sur le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs (*Prevention and Management of Responsive Behaviors Program*), entretien avec le personnel autorisé et le superviseur des soins.

Justification et résumé

ii) Un rapport du SIC selon lequel de mauvais traitements auraient été infligés à une personne résidente a été présenté au directeur. Un examen des notes d'évolution d'une personne résidente a indiqué que cette dernière avait subi des altérations de la peau pendant qu'elle recevait des soins.

Une PSSP et l'IAA ont confirmé que la personne résidente avait affiché des comportements réactifs à plusieurs reprises au cours de l'un de leurs quarts de travail. Le superviseur des soins a confirmé que le personnel du foyer devait amorcer un renvoi au Projet OSTC lors de l'apparition de nouveaux comportements réactifs chez la personne résidente. Le superviseur des soins a reconnu que le foyer n'avait pas dirigé la personne résidente vers le Projet OSTC pour une évaluation approfondie et une gestion de ses comportements réactifs.

Le fait de ne pas avoir dirigé la personne résidente vers une ressource spécialisée lorsque cela était nécessaire a présenté le risque que l'on manque une occasion de gérer efficacement les comportements réactifs de la personne résidente.

Sources : Examen du RIC, politique du foyer de soins de longue durée sur le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs (*Prevention*

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

and Management of Responsive Behaviors Program), dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretien avec une PSSP, l'IA, l'IAA et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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'alinéa 58 (4) a) 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 :

a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les comportements déclencheurs d'une personne résidente affichant des comportements réactifs soient identifiés.

Justification et résumé

Une personne résidente a affiché des comportements réactifs sous forme d'agression verbale et physique à l'égard du personnel et d'autres personnes résidentes.

Au moment de l'inspection, le programme écrit de soins de la personne résidente décrivait plusieurs éléments déclencheurs de ses comportements réactifs.

Au cours des entretiens avec la personne responsable de la thérapie d'activation comportementale, les IAA, les PSSP, l'IA et le superviseur des soins, ces derniers ont tous affirmé que la personne résidente présentait plusieurs autres 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 Toronto

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

déclencheurs. Cependant, ces autres éléments déclencheurs menant à une agression verbale et physique de la part de la personne résidente n'ont pas été intégrés dans son programme de soins, ce qui a créé une lacune dans la gestion de ses comportements réactifs et dans l'intervention face à ceux-ci.

Le fait de ne pas avoir intégré dans le programme de soins de la personne résidente tous les éléments déclencheurs relevés peut avoir nui à la capacité du personnel de désamorcer ses comportements et de prévenir d'autres incidents.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec la personne responsable de la thérapie d'activation comportementale, les IAA, les PSSP, l'IA et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Un RIC a été présenté au directeur. Ce RIC indiquait qu'une personne résidente avait subi des altérations de la peau pendant qu'elle recevait des soins.

La politique du foyer sur le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs demandait au personnel d'établir un programme de soins qui comprenait une description des types de comportements réactifs et de comportements déclencheurs. Elle lui demandait également d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à les prévenir, à les gérer ou à les réduire autant que possible, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Les notes d'évolution de la personne résidente ont révélé qu'elle avait affiché des comportements réactifs à plusieurs reprises sur une période d'environ cinq ans. Aucune stratégie n'a toutefois été élaborée pour gérer le comportement réactif de résistance qui existait avant l'incident qui a causé une blessure à la personne résidente au cours d'un mois donné de cette année.

Une PSSP a reconnu que la personne résidente affichait presque quotidiennement les comportements réactifs décrits lorsque le personnel lui donnait des soins. L'IAA a reconnu que des stratégies auraient dû être définies dans le programme de soins de la personne résidente en vue de gérer ses comportements réactifs. Le superviseur des soins a reconnu que la personne résidente avait affiché à maintes reprises les comportements réactifs décrits, comme le montraient les notes d'évolution, mais qu'aucune mesure d'intervention n'avait été prise pour gérer ces comportements jusqu'à ce que survienne l'incident qui a causé une blessure à la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir élaboré ni mis en œuvre de stratégies pour faire face aux comportements réactifs de la personne résidente a fait en sorte que le 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

n'était pas au courant des stratégies qui auraient pu prévenir ces comportements et diminuer le risque de blessures.

Sources : Examen du RIC, politique du foyer de soins de longue durée sur le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs (*Prevention and Management of Responsive Behaviors Program*), dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretien avec une PSSP, l'IA, l'IAA et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect : de l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures d'intervention soient mises en œuvre pour aider les personnes résidentes qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements réactifs d'une personne résidente et pour réduire autant que possible les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes.

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

Les notes d'évolution de la personne résidente concernant une certaine période ont indiqué qu'elle a affiché de nombreux comportements réactifs verbaux et physiques à l'égard du personnel et des autres personnes résidentes.

i) Les instructions contenues dans le programme de soins de la personne résidente indiquaient qu'elle faisait l'objet d'un certain type d'intervention lors de chaque quart de travail. À une date donnée, une PSSP a vu la personne résidente n° 005 tirer la personne résidente n° 004 hors d'une pièce et commencer à la frapper et à lui donner des coups de poing. La personne résidente n° 004 est alors tombée sur le sol et s'est blessée. Au moment de l'incident, la mesure d'intervention indiquée pour la personne résidente n° 005 n'était pas en place.

La PSSP a reconnu avoir été témoin de l'incident au cours duquel la personne résidente n° 005 avait frappé la personne résidente n° 004 et lui avait donné des coups de pied. Elle a aussi reconnu que la mesure d'intervention indiquée n'était pas en place au moment de l'incident. Le superviseur des soins a reconnu que les instructions contenues dans le programme de soins de la personne résidente n° 005 n'avaient pas été mises en œuvre.

ii) Le programme de soins d'une personne résidente demandait au personnel de la surveiller étroitement et de la séparer des autres personnes résidentes si elle entrait en contact étroit avec ces dernières. Le programme de soins indiquait également qu'une distance devait être maintenue entre la personne résidente n° 005 et les personnes résidentes n° 004, 010, 011, 012 et 013.

Lors d'une observation à une date donnée, on a aperçu la personne résidente n° 005 assise dans la salle à manger à la même table que les personnes résidentes

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

n° 011 et 012. Une PSSP a reconnu que la personne résidente n° 005 était assise avec les personnes résidentes n° 011 et 012, mais qu'elle n'avait pas essayé de les séparer et que la distance entre ces personnes résidentes n'avait pas été maintenue, contrairement à ce qui était demandé dans les instructions contenues dans le programme de soins de la personne résidente n° 005.

Le superviseur des soins a reconnu que les instructions contenues dans le programme de soins n'avaient pas été mises en œuvre pour maintenir une distance entre les personnes résidentes et que l'on n'avait pas séparé la personne résidente n° 005 et les personnes résidentes n° 011 et 012 lorsque l'on avait remarqué qu'elles étaient assises ensemble.

iii) Les instructions contenues dans le programme de soins de la personne résidente n° 005 indiquaient qu'elle faisait l'objet d'un certain type d'intervention lors de chaque quart de travail.

La personne responsable de la thérapie d'activation comportementale a reconnu avoir vu la personne résidente n° 005 se tenir debout près de la personne résidente n° 004 à une date donnée, mais que la mesure d'intervention indiquée pour la personne résidente n° 005 n'avait pas été mise en œuvre. L'IA a confirmé que la mesure d'intervention indiquée pour cette personne résidente n'avait pas été mise en œuvre à cette date. Le superviseur des soins a reconnu que les instructions contenues dans le programme de soins n'avaient pas été mises en œuvre.

iv) Le programme de soins de la personne résidente n° 005 demandait au personnel de mettre en œuvre un certain type d'intervention et de séparer cette personne résidente des autres personnes résidentes si elle entraînait en contact étroit avec ces dernières. À une date donnée, la personne résidente n° 004 était assise dans une section accessible aux personnes résidentes avec une PSSP lorsque la personne

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

résidente n° 005 a marché derrière elle pour ensuite saisir l'arrière du protège-vêtements que portait la personne résidente n° 004. L'IAA a déclaré qu'aucun membre du personnel n'était présent au moment de l'incident pour mettre en œuvre l'intervention indiquée et exigée dans les instructions du programme de soins.

Le superviseur des soins a reconnu que les instructions contenues dans le programme de soins n'avaient pas été respectées.

v) Le programme de soins de la personne résidente n° 005 demandait au personnel de mettre en œuvre un certain type d'intervention et de séparer cette personne résidente des autres personnes résidentes si elle entrait en contact étroit avec ces dernières. Le programme de soins indiquait également qu'une distance devait être maintenue entre la personne résidente n° 005 et les personnes résidentes n° 004, 010, 011, 012 et 013. À une date donnée, l'IAA a consigné par écrit que les personnes résidentes n° 004 et 005 avaient été aperçues assises dans une section accessible aux personnes résidentes, que la personne résidente n° 005 avait établi un contact physique avec la personne résidente n° 004 et qu'elle lui avait ainsi causé une altération de la peau. Aucune tentative n'a été faite pour séparer les personnes résidentes avant et après l'incident.

L'IAA a reconnu que les deux personnes résidentes se trouvaient ensemble dans la section accessible aux personnes résidentes avant et après l'incident. Le superviseur des soins a reconnu que le personnel du foyer aurait dû mettre en œuvre les interventions indiquées dans le programme de soins de la personne résidente n° 005 en vue de gérer ses comportements réactifs, mais que cela n'avait pas été fait.

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 avoir veillé à mettre en œuvre les interventions indiquées dans le programme de soins de la personne résidente n° 005 en ce qui concerne ses comportements réactifs a causé une blessure à la personne résidente n° 004 et a fait courir un risque de préjudice aux autres personnes résidentes.

Sources : Observations, examen du RIC, dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, entretiens avec des PSSP, l'IA, des IAA, la personne responsable de la thérapie d'activation comportementale et le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES

Problème de conformité n° 010 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

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 concernant 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 les réponses aux plaintes écrites comprennent le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

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

Le foyer a reçu une plainte de la part du mandataire spécial d'une personne résidente en ce qui concerne les soins et les services fournis aux personnes résidentes, puis une autre plainte au même sujet a été déposée par le mandataire spécial d'une autre personne résidente.

L'examen des réponses par courriel du titulaire de permis quant à ces plaintes a révélé qu'aucune de ces réponses ne comprenait le numéro de téléphone sans frais du ministère et ses heures de service ou les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Le superviseur des soins a confirmé que les réponses envoyées aux deux mandataires spéciaux ne contenaient pas le numéro de téléphone sans frais du ministère et ses heures de service ou les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Le fait de ne pas avoir fourni le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet du foyer ou les coordonnées de l'ombudsman des patients n'a fait courir aucun risque aux personnes résidentes.

Sources : Examen du RIC, lettres de réponse du foyer de soins de longue durée envoyées par courriel aux parties plaignantes, entretien avec le superviseur des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant le recours minimal à la contention

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

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

Non-respect : de l'alinéa 118 e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Politique visant le recours minimal à la contention

Article 118 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la politique écrite du foyer prévue à l'article 33 de la Loi traite de ce qui suit :

e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils mécaniques, prévue à l'article 35 de la Loi, et d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 36 de la Loi;

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques du foyer qui ont été élaborées quant à la façon d'obtenir et de consigner le consentement à l'utilisation d'un moyen de contention.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que la politique du foyer visant à limiter l'utilisation de moyens de contention soit respectée en ce qui concerne le consentement consigné par écrit.

Plus particulièrement, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur le programme visant à limiter l'utilisation de moyens de contention et l'utilisation d'appareils d'aide personnelle (*Minimizing Restraint Use and the Use of Personal Assistance Services Devices [PASD] Program*) qui lui demande d'obtenir un consentement, consigné par écrit, de la part du mandataire spécial d'une personne résidente pour l'utilisation d'un dispositif comme moyen de contention.

Justification et résumé

Lors de son évaluation à une date donnée, le médecin a indiqué dans le formulaire de consentement à la contention que le dispositif utilisé par une personne résidente constituait un moyen de contention. Il a indiqué dans les notes d'évolution que l'on avait discuté de moyens de contention avec le mandataire spécial de la personne

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

résidente. Quelques jours avant l'évaluation réalisée par le médecin, le mandataire spécial de la personne résidente avait signé un formulaire de consentement pour l'utilisation du dispositif à titre d'appareil d'aide personnelle.

La politique du foyer sur le programme visant à limiter l'utilisation de moyens de contention et l'utilisation d'appareils d'aide personnelle énonce que toute utilisation d'un dispositif physique comme moyen de contention d'une personne résidente doit faire l'objet d'un consentement consigné par écrit. L'IA, le superviseur des soins n° 116 et le superviseur des soins n° 117 ont confirmé qu'un nouveau formulaire de consentement devait être rempli et signé par le mandataire spécial de la personne résidente lorsque le dispositif a été défini comme un moyen de contention au lieu d'un appareil d'aide personnelle, mais que cela n'a pas été fait.

Le fait de ne pas avoir veillé à obtenir le consentement du mandataire spécial de la personne résidente lorsque le dispositif a été défini comme un moyen de contention au lieu d'un appareil d'aide personnelle a présenté des risques pour la sécurité et le bien-être de la personne résidente.

Sources : Formulaire de consentement à la contention (*Restraint Consent Form*), politique du foyer de soins de longue durée sur le programme visant à limiter l'utilisation de moyens de contention et l'utilisation d'appareils d'aide personnelle (*Minimizing Restraint Use and the Use of Personal Assistance Services Devices [PASD] Program*), notes d'évolution, entretiens avec l'IA et les superviseurs des soins.

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 012 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

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

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 a veillé à ce que les médicaments d'une personne résidente soient entreposés dans un endroit sûr et verrouillé.

Justification et résumé

Le foyer a présenté un RIC après l'hospitalisation d'une personne résidente à la suite d'une tentative de suicide.

Lors d'une observation dans la chambre d'une personne résidente, on a constaté qu'une fiole contenant un médicament liquide dangereux avait été laissée sur la table de chevet et on a trouvé une crème topique sur ordonnance dans le tiroir de la salle de bain commune.

Le superviseur des soins a confirmé que ces médicaments auraient dû être entreposés dans un endroit sûr et verrouillé, et non dans la chambre de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir sécurisé correctement les médicaments de la personne résidente a présenté un risque pour cette dernière en cas de consommation des médicaments sans surveillance.

Sources : Observations, examen du RIC, entretien avec le superviseur des soins.