

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

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

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 24 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1309-0005	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident grave	
<b>Titulaire de permis :</b> Baycrest Hospital	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> The Jewish Home for the Aged, North York	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Carole Ma (741725)	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Yang Xiang (000860) était présent lors de cette inspection.	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23, 24, 27 et 30 mai, 3, 4 et 5 juin 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 13 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00112343 - relative à des préoccupations de mauvais traitement et de négligence et à de possibles soins inadéquats
- Plainte : n° 00112658 - relative à des préoccupations de mauvais traitement d'un membre du personnel sur une personne résidente, à la gestion des médicaments, aux soins liés à l'incontinence, au programme de soins

Les éléments suivants du rapport d'incidents critiques ont fait l'objet d'une inspection :

- Plainte : n° 00113812 - IC n° 2824-000054-24 relative à des préoccupations de mauvais traitement d'un membre du personnel sur une personne résidente et à des soins inappropriés

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

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

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Soins liés à l'incontinence (Continence Care)  
Gestion des médicaments (Medication Management)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)  
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur était satisfait que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 - rectification réalisée conformément au Par. 154(2) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect de la disposition : LRSLD (2021), par. 6(10) (b)**

Programme de soins

Par. 6(10) Le titulaire de permis veille à ce que la personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à réévaluer une personne résidente lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué.

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

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

### Justification et résumé

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que celle-ci utilisait un service sur les lieux pour un besoin de soins précis.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que la personne résidente avait pris des dispositions privées afin qu'une autre personne lui prodigue ce soin dans un autre lieu.

Un gestionnaire de soins de longue durée (GSLD) a confirmé que la personne résidente avait pris des dispositions privées pour ce besoin de soins et qu'elle n'était pas allée au service sur les lieux pendant une période déterminée. Le GSLD a mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour ce soin afin d'indiquer que la personne résidente avait pris des dispositions privées pour ce besoin de soins.

Le défaut de veiller à ce que le programme de soins écrit de la personne résidente soit mis à jour concernant ce besoin en matière de soins n'a pas mis la personne résidente à risque.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et un GSLD. [741725]

Date de mise en œuvre de la rectification : 3 juin 2024

### AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n°002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect de la disposition 6 (1) (c) de la LRSLD (2021)**

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

(c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fournisse des directives claires pour un traitement précis qui était prodigué selon des circonstances précises, une zone cible

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

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

claire pour de signes vitaux selon des circonstances précises, et des interventions claires lorsque la personne résidente accomplissait une action précise.

**Justification et résumé**

1) La personne résidente avait besoin de l'administration d'un traitement précis selon des circonstances précises et de signes vitaux précis selon des circonstances précises à maintenir dans une zone cible.

Dans trois différentes sections du programme de soins de la personne résidente, les directives pour l'administration du traitement précis selon des circonstances précises étaient incohérentes.

Dans deux sections du programme de soins de la personne résidente, la zone cible pour les signes vitaux précis selon des circonstances précises était également incohérente.

Une PSSP a indiqué qu'elle suivait une section du programme de soins de la personne résidente pour l'administration du traitement précis et qu'elle suivait une zone pour les signes vitaux précis selon des circonstances précises.

Un GSLD a reconnu que les incohérences dans le programme de soins de la personne résidente concernant les directives pour l'administration du traitement précis et la zone cible pour les signes vitaux précis selon des circonstances précises.

Le défaut de veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente soit cohérent pour le traitement précis et les signes vitaux précis selon des circonstances précises a placé la personne résidente à risque potentiel d'exacerber son état de santé chronique.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et un GSLD. [741725]

2) Dans une période définie, une personne résidente a accompli une action précise à plusieurs reprises, indiquant qu'il y avait une urgence alors qu'il n'y en avait pas. À plusieurs occasions, la personne résidente a accompli cette action plusieurs fois et les autres personnes résidentes, qui ont été dérangées dans leur sommeil, se sont plaintes.

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

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

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'elle avait accompli cette action pour diverses raisons.

Dans une évaluation trimestrielle particulière, les actions de la personne résidente ont été identifiées comme étant socialement inappropriées/perturbatrices. Des interventions non pharmacologiques ont été fournies sur la manière dont le personnel devrait réagir.

Les interventions propres à la personne résidente qui accomplissait cette action indiquant qu'il y avait une urgence alors qu'il n'y en avait pas n'ont pas été incluses dans le programme de soins écrit de la personne résidente, auquel une PSSP a dit accéder pour apprendre les besoins en matière de soins de la personne résidente. La PSSP a indiqué que lorsque la personne résidente accomplissait cette action, un Code blanc était activé.

Un GSLD a reconnu qu'il n'y avait pas d'interventions particulières inscrites dans le programme de soins de la personne résidente pour lorsqu'elle accomplissait cette action indiquant qu'il y avait une urgence alors qu'il n'y en avait pas.

Le défaut de veiller à ce que les interventions soient incluses dans le programme de soins écrit de la personne résidente lorsqu'elle accomplissait cette action indiquant qu'il y avait une urgence alors qu'il n'y en avait pas a fait que le foyer pouvait potentiellement répondre de façon exagérée.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et un GSLD. [741725]

## **AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES**

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1)1 de la LRSLD (2021).

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

Par. 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 une personne résidente ou l'exploitation du foyer soit traitée comme 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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 qu'une personne résidente reçoive les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients après avoir fait une plainte verbale concernant les soins qu'elle a reçus.

#### **Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une plainte verbale à un superviseur après les heures de bureau concernant les soins qu'elle a reçus dans le foyer. Le foyer a soumis un rapport du Système de rapport d'incidents critiques le lendemain.

La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas reçu les coordonnées du ministère et de l'ombudsman des patients pour cette plainte.

Le rapport du SIC et les notes d'enquête du foyer n'indiquaient pas que la personne résidente avait reçu les coordonnées du ministère et de l'ombudsman des patients.

Un GSLD a indiqué que la personne résidente avait précédemment reçu les coordonnées du ministère et qu'elle n'avait pas reçu les coordonnées de l'ombudsman des patients, puisque la plainte était verbale et non écrite.

Le défaut de fournir à la personne résidente les coordonnées du ministère et de l'ombudsman des patients pour cette plainte verbale a entraîné un manque de transparence sur la manière dont la personne résidente peut obtenir un examen indépendant de ses préoccupations.

**Sources** : rapport du SIC, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la personne résidente et le GSLD. [741725]

### **AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES**

Problème de conformité n° 004 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1)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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Non-respect de la disposition 108 (1) 3. ii. B. du Règl. de l'Ont.**

Par. 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 une personne résidente ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

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

B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive une explication, motifs à l'appui, des raisons pour lesquelles le foyer croit la plainte non fondée.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une plainte verbale à un superviseur après les heures de bureau concernant les soins qu'elle a reçus dans le foyer. Le foyer a soumis un rapport du SIC le lendemain.

La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de suivi pour cette plainte.

Le rapport du SIC et les notes d'enquête du foyer indiquaient qu'une enquête avait été menée pour la plainte. Il n'y avait toutefois pas d'indication à savoir si le foyer avait fourni une explication à la personne résidente selon laquelle la plainte était non fondée.

Un GSLD a indiqué que lorsqu'il avait tenté d'informer verbalement la personne résidente de l'enquête du foyer au sujet de la plainte, la personne résidente avait commencé à élever la voix. Le GSLD a indiqué qu'il n'y avait pas d'autre moyen d'informer la personne résidente de l'enquête et de son résultat, mais il a aussi souligné qu'un membre particulier du personnel parlait parfois avec la personne résidente si elle était provoquée par le GSLD et que la personne résidente avait accès à une adresse électronique.

Le défaut de veiller à ce que la personne résidente reçoive une explication selon laquelle sa plainte était non fondée a entraîné un manque de transparence dans le processus de traitement des plaintes du foyer.

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

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

**Sources** : rapport du SIC, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la personne résidente et le GSLD. [741725]

## AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1)1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de la disposition 108 (2) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Par. 108(2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :  
e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit conservé, comprenant chaque date à laquelle une réponse a été donnée par le foyer à une personne résidente concernant une plainte verbale et une description de la réponse.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une plainte verbale à un superviseur après les heures de bureau concernant les soins qu'elle a reçus dans le foyer. Le foyer a soumis un rapport du SIC le lendemain.

La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de suivi pour cette plainte.

Un GSLD a reconnu que la personne résidente avait fait une plainte qui comprenait des problèmes de longue date qui ne pouvaient être résolus. Le GSLD a également reconnu ne pas avoir conservé de dossier écrit de cette plainte dans le cartable des plaintes 2024 puisqu'il y avait un suivi dans un rapport du SIC.

Le rapport du SIC indiquait que le gestionnaire d'unité et l'équipe de soins rencontreraient la personne résidente pour discuter de stratégies, mais aucune date où cela s'est produit n'a été fournie. Les notes d'enquête du foyer indiquaient uniquement qu'une enquête sur la plainte avait été menée, mais il n'y avait pas d'information sur une réponse fournie à la personne résidente.



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

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

Le défaut de veiller à ce qu'il y ait un dossier écrit de chaque date à laquelle une réponse a été donnée à la personne résidente par le foyer ainsi qu'une description de la réponse a entraîné une perte de transparence dans le processus de traitement des plaintes du foyer.

**Sources** : rapport du SIC, notes d'enquête du foyer, cartable des plaintes 2024 du foyer, entretiens avec la personne résidente et le GSLD. [741725]

## **AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de la disposition 198 (1) (a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Par. 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,
- (ii) qui est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à que la porte de la salle des médicaments dans une unité précise soit sûre et verrouillée.

### **Justification et résumé**

Un jour précis, la porte de la salle des médicaments a été observée comme étant laissée ouverte et sans surveillance. La salle des médicaments s'ouvrait directement dans le couloir où une personne résidente qui était mobile était assise.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué qu'elle avait gardé la porte de la salle de médicaments ouverte, puisque la serrure était difficile à ouvrir avec la clé et que la carte d'accès ne fonctionnait pas en raison d'un Code gris. Elle a indiqué qu'elle avait laissé la porte de la salle des médicaments ouverte et sans surveillance alors qu'elle était allée trouver une autre infirmière pour obtenir de l'aide.

L'IAA a montré à l'inspectrice qu'à l'intérieur de la salle des médicaments, il y avait un approvisionnement de médicaments du gouvernement dans un cabinet verrouillé, de l'insuline dans le réfrigérateur, des corbeilles d'élimination des médicaments, dont une

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

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

indiquant « Cytotoxique » sur le couvercle, et un récipient d'élimination d'objets coupants plein.

Un GSLD a confirmé que le fait de laisser la porte de la salle des médicaments non sûre et sans surveillance ne répondait pas aux attentes du foyer.

Le défaut de ne pas veiller à ce que la salle de médicaments soit sûre et verrouillée mettait les personnes résidentes à risque d'un incident concernant des médicaments.

**Sources** : observation, entretiens avec une IAA et un GSLD. [741725]

## **AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de la disposition 140 (3) (b) (ii) (A) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Par. 140 (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (6), le titulaire de permis doit s'assurer que personne n'administre de médicament à une personne résidente au foyer, à moins que,

(b) où l'administration n'implique pas de poser un acte autorisé en vertu du paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la personne est,

(ii) un(e) préposé(e) aux services de soutien à la personne qui a reçu une formation sur l'administration des médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits élaborés en vertu de la disposition 123(2), qui, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, a les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour administrer des médicaments dans un foyer de soins de longue durée, être chargés d'administrer le médicament par un membre du personnel infirmier autorisé du foyer et sous sa supervision conformément aux directives professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, et qui,

(A) répond aux exigences définies au paragraphe 52(1) qui est décrit au paragraphe 52(3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP reçoive la

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

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

formation sur l'administration d'un traitement pour une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente avait besoin de l'administration d'un traitement précis. Son programme de soins fournissait des détails pour l'administration de ce traitement selon des circonstances précises et indiquait que la tâche pouvait être accomplie par le personnel autorisé, et cette activité était déléguée aux PSSP ou leur était apprise.

Une PSSP a indiqué qu'elle avait prodigué l'administration de ce traitement selon des circonstances précises. Elle a également indiqué n'avoir reçu aucune formation pour accomplir cette tâche.

Une IAA a indiqué qu'elle était parfois appelée à fournir l'administration de ce traitement selon des circonstances précises à la personne résidente, et que parfois les PSSP le prodiguaient elles-mêmes malgré le conseil de l'IAA de ne pas accomplir cette tâche. L'IAA n'était pas au courant d'une formation que les PSSP auraient reçue pour l'administration de ce traitement.

Le foyer ne disposait pas de politique relative à l'administration par les PSSP de ce traitement

Le défaut de veiller à ce que les PSSP soit formées au sujet de l'administration de ce traitement pour cette personne résidente a mis cette personne résidente à risque d'un incident relatif au traitement et d'aggraver son état de santé chronique.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et une IAA. [741725]