

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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 21 juin 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1284-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique (IC)

Titulaire de permis : Slovenian Linden Foundation

Foyer de soins de longue durée et ville : Dom Lipa, Etobicoke

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 7 et du 10 au 13 juin 2024.

Les inspections concernaient :

- le registre n° 00114145 – plainte ayant trait à de multiples aspects des soins;
- le registre n° 00114455 – plainte ayant trait à de multiples aspects des soins;
- le registre n° 00116306/IC n° 2794-000007-24 – ayant trait à une éclosion de maladie respiratoire;
- le registre n° 00117541/IC n° 2794-000009-24 – ayant trait à une chute d'une personne résidente;

L'inspection concernait :

- le registre n° 00118365/IC n° 2794-000011-24 – ayant trait à une éclosion de maladie respiratoire;

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
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspecteur a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente tel que le précisait son programme.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente spécifiait que l'on devait placer un certain dispositif d'intervention sur la porte de sa chambre lorsque la personne résidente s'y trouvait, car elle était connue pour se fâcher quand d'autres personnes résidentes entraient dans sa chambre.

Lors d'une observation, ce dispositif d'intervention n'était pas en place. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont tenté de trouver ce dispositif d'intervention, mais n'ont pas pu le localiser dans la chambre et ont confirmé qu'on ne l'avait pas placé conformément au programme de soins.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que l'on s'attendait à ce que l'on mit le dispositif d'intervention précis s'il faisait partie du 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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Examen du programme de soins d'une personne résidente. Observations et entretien avec la ou le DSI, la PSSP et l'IAA.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 12 juin 2024.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 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 ce qu'une intervention particulière qui était prévue dans le programme de soins d'une personne résidente pour atténuer le risque de blessures causées par des chutes, lui fût fournie tel que le précisait le programme.

Justification et résumé

Après une chute, une personne résidente a été envoyée à l'hôpital, et elle en est revenue au bout de plusieurs jours. D'après un examen du programme de soins, on avait mis en place une mesure d'intervention particulière visant à réduire le risque de subir une nouvelle blessure au retour de l'hôpital.

Après observation, on a remarqué que l'on n'avait pas appliqué la mesure d'intervention. Une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé que la mesure d'intervention n'était pas mise en œuvre. La ou le DSI a reconnu que l'on aurait dû mettre en œuvre la mesure d'intervention prescrite pour prévenir des blessures liées aux chutes.

Ne pas veiller à ce que la mesure d'intervention précise fût mise en œuvre pour la personne résidente comme le prévoyait son programme de soins pouvait donner lieu à un risque accru de blessure en cas de chute.

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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Observation, examen du programme de soins d'une personne résidente, entretien avec une ou un IA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programmes obligatoires

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

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure fût mis en œuvre au foyer pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de s'assurer qu'une certaine évaluation devait être effectuée si une personne résidente avait subi une chute et prenait un certain type de médicament; et que cette exigence devait être respectée.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas effectué une certaine évaluation après la chute d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute et prenait un certain type de médicament au moment de la chute.

Conformément à la politique du foyer relative à la prévention et à la gestion des chutes, l'infirmière ou l'infirmier responsable était chargé(e) d'entreprendre une certaine évaluation si la personne résidente prenait ce type particulier de médicament.

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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Un examen du dossier physique et électronique n'a pas permis de déterminer que l'évaluation particulière avait été effectuée après la chute. La ou le DSI et une ou un IA ont reconnu que l'évaluation en question n'avait pas été effectuée.

En n'effectuant pas une évaluation spécifique conformément à la politique du foyer, la personne résidente risquait de ne pas être adéquatement évaluée pour des blessures consécutives à une chute.

Sources : Examen du dossier physique et électronique de la personne résidente, et de la politique de prévention et de gestion des chutes; entretien avec la ou le DSI et une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 115 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé de l'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible.

Justification et résumé

L'écllosion d'une maladie transmissible avait été déclarée par le bureau de santé publique, alors que le directeur en avait été informé pour la première fois un jour après.

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, 4^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La ou le responsable de la PCI et la ou le DSI ont reconnu que l'on n'avait pas soumis un rapport d'incident critique pour l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique immédiatement après que le bureau de santé publique eût déclaré une éclosion.

Ne pas communiquer l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique n'avait pas eu d'incidence directe sur les personnes résidentes.

Sources : Examen du rapport d'incident critique; entretien avec la ou le DSI et la ou le responsable de la PCI.