

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

**Rapport public initial**

**Date d'émission du rapport :** 7 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1284-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Slovenian Linden Foundation

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

**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19, 20, 23, 24, 25, 26 septembre 2024 et 1<sup>er</sup>, 3, 9 et 10 octobre 2024.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : 15 octobre 2024,

L'inspection concernait les dossiers du système de rapport d'incidents critiques (IC) suivants :

- Le dossier : n° 00121056 – système de rapport d'incidents critiques n° 2794-000016-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier : n° 00126507 – système de rapport d'incidents critiques n° 2794-000020-24, relatif à des allégations de négligence envers une personne résidente.

L'inspection liée à la plainte concernait :

- Le dossier : n° 00121185 relatif à l'admission au foyer.

Le système de rapport d'incident critique suivant a été rempli lors de cette inspection :

- Le dossier : n° 00119569 – système de rapport d'incidents critiques n° 2794-000014-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.

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

**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

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

Admission, absences et sorties

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et le personnel autorisé collaborent à l'évaluation d'une personne résidente lorsque son état de santé a changé.

#### **Justification et résumé :**

La personne résidente a vu son état de santé évoluer alors qu'elle recevait du soutien de la part des PSSP pendant les soins. Une PSSP a déclaré qu'elle n'avait pas signalé l'incident au personnel autorisé.

Le membre du personnel autorisé a confirmé qu'il n'avait reçu aucun rapport concernant le changement d'état de santé de la personne résidente de la part des PSSP pendant leur quart de travail, et qu'aucune évaluation n'avait été réalisée.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a reconnu que les PSSP auraient dû signaler immédiatement le changement d'état de santé de la personne résidente au personnel autorisé, mais qu'elles ne l'avaient pas fait.

L'absence de communication et de collaboration concernant le changement d'état de santé de la personne résidente fait courir le risque à cette dernière de ne pas bénéficier d'une évaluation en temps opportun.

**Sources** : rapport du système de rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Examen et approbation par le titulaire de permis**

Problème de non-conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 51 (7) (b) de la LRSLD (2021)**

Autorisation d'admission à un foyer

Paragraphe 51 (7) Le coordonnateur des placements compétent remet au titulaire de permis de chaque foyer choisi des copies des évaluations et des renseignements dont il a fallu tenir compte en application du paragraphe 50 (6). Le titulaire de permis examine les évaluations et les renseignements et approuve l'admission de l'auteur de la demande au foyer, sauf si, selon le cas :

(b) le personnel du foyer n'a pas les compétences en soins infirmiers nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le refus d'admission d'un auteur d'une demande soit conforme aux circonstances autorisées par les lois.

**Justification et résumé :**

Le foyer a refusé l'admission de l'auteur de la demande, invoquant un manque d'expertise en soins infirmiers pour répondre aux besoins de soins associés aux comportements réactifs.

**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

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Le directeur général ou la directrice générale a vérifié que le foyer disposait d'un programme de comportement réactif avec des membres du personnel formés.

Le fait de refuser l'admission de l'auteur d'une demande sans motif valable a retardé le placement de l'auteur de la demande dans le foyer de son choix.

**Sources :** avis écrit à l'intention de l'auteur de la demande, entretiens avec le directeur général ou la directrice générale et le coordonnateur ou la coordonnatrice des placements de Santé à domicile Ontario.

## **AVIS ÉCRIT : Avis écrit en cas de refus d'approbation par le titulaire de permis**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 51 (9) (c) de la LRSLD (2021)**

Autorisation d'admission dans un foyer

Paragraphe 51 (9) S'il refuse d'approuver l'admission, le titulaire de permis donne aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :

(c) une explication de la façon dont les faits à l'appui justifient le refus.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'avis écrit adressé à l'auteur d'une demande concernant le refus d'admission explique comment les faits à l'appui justifient le refus d'admission.

### **Justification et résumé :**

L'admission dans le foyer de l'auteur de la demande a été refusée et un avis écrit lui a été adressé. Toutefois, l'avis ne comportait pas d'explication des faits justifiant la décision du foyer de refuser l'admission.

Le directeur général ou la directrice générale a reconnu que l'avis écrit ne contenait pas les renseignements requis.

**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

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Le refus d'admission en l'absence des renseignements requis aurait pu retarder le placement de l'auteur de la demande dans le foyer de son choix.

**Sources** : avis écrit adressé à l'auteur de la demande, entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

## **AVIS ÉCRIT : Avis écrit en cas de refus d'approbation par le titulaire de permis**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 51 (9) (d) de la LRSLD (2021)**

Autorisation d'admission dans un foyer

Paragraphe 51 (9) S'il refuse d'approuver l'admission, le titulaire de permis donne aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :

(d) les coordonnées du directeur.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'avis écrit de refus d'admission adressé à un auteur de demande comprenne les coordonnées du directeur ou de la directrice.

### **Justification et résumé :**

L'admission dans le foyer de l'auteur de la demande a été refusée et un avis écrit lui a été adressé. L'avis n'indiquait pas les coordonnées du directeur ou de la directrice.

Le directeur général ou la directrice générale a reconnu que l'avis écrit ne contenait pas les renseignements requis.

L'absence de coordonnées du directeur ou de la directrice dans l'avis pourrait empêcher l'auteur de la demande de donner suite à la décision du foyer.

**Sources** : avis écrit adressé à l'auteur de la demande, entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

**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

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

## AVIS ÉCRIT : Avis relatifs aux incidents

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

### **Non-respect de : paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit avisé des résultats de l'enquête concernant une allégation de négligence à la fin de l'enquête.

### **Justification et résumé :**

Le foyer a reçu une plainte du mandataire spécial d'une personne résidente, alléguant la négligence d'un membre du personnel à l'égard de la personne résidente. La lettre de réponse du foyer adressée au mandataire spécial de la personne résidente n'incluait pas les résultats de l'enquête menée après la réception de la plainte.

Le ou la DSI a reconnu que la lettre de réponse envoyée au mandataire spécial de la personne résidente ne contenait pas les renseignements requis.

Le fait de ne pas fournir les résultats de l'enquête au mandataire spécial pourrait affecter sa capacité à participer efficacement aux soins de la personne résidente, ce qui pourrait conduire à des problèmes non résolus et compromettre la sécurité ainsi que le bien-être de la personne résidente.

**Sources :** dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Problème de non-conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 112 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

1. Une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport du système de rapport d'incident critique concernant la négligence présumée d'une personne résidente comprenne la description de l'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.

**Justification et résumé :**

Un rapport a été soumis au directeur ou à la directrice concernant l'enquête sur les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. Le rapport n'incluait pas de description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, ou les circonstances qui l'entourent.

Le ou la DSI a reconnu que le rapport du système de rapport d'incident critique ne contenait pas les renseignements requis.

Des renseignements incomplets sur les incidents critiques peuvent entraver le processus d'inspection et retarder la réponse du directeur ou de la directrice.

**Sources :** rapport du système de rapport d'incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

## **AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi**

Problème de non-conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : sous-alinéa 112 (1) 2) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport du système de rapport d'incident critique concernant la négligence présumée d'une personne résidente comprenne les noms des membres du personnel ou des autres personnes présentes lors de l'incident.

### **Justification et résumé :**

Un rapport a été soumis au directeur ou à la directrice concernant l'enquête sur les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. Le rapport ne mentionnait pas les noms des membres du personnel ou des autres personnes présentes lors de l'incident.

Le ou la DSI a reconnu que le rapport du système de rapport d'incident critique ne contenait pas les renseignements requis.

Des renseignements incomplets sur les incidents critiques peuvent entraver le processus d'inspection et retarder la réponse du directeur ou de la directrice.

**Sources :** rapport du système de rapport d'incident critique, dossiers médicaux de la



**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

**AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi**

Problème de non-conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 112 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :
- i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,
  - ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,
  - iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,
  - iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes,
  - v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport du système de rapport d'incident critique concernant la négligence présumée d'une personne résidente comprenne les mesures qui ont été prises par suite de l'incident.

**Justification et résumé :**

Un rapport a été soumis au directeur ou à la directrice concernant l'enquête sur les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. Le rapport n'incluait pas les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, en particulier :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

- i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,
- ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,
- iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,
- iv. si l'incident implique une personne résidente, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes,
- v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le ou la DSI a reconnu que le rapport du système de rapport d'incident critique ne contenait aucun des renseignements requis susmentionnés.

Des renseignements incomplets sur les incidents critiques peuvent entraver le processus d'inspection et retarder la réponse du directeur ou de la directrice.

**Sources :** rapport du système de rapport d'incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi**

Problème de non-conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 112 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

4. Une analyse et les mesures de suivi, notamment :
  - i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage

Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport du système de rapport d'incident critique concernant la négligence présumée d'une personne résidente comprenne l'analyse et les mesures de suivi qui ont été prises à la suite de l'incident.

**Justification et résumé :**

Un rapport a été soumis au directeur ou à la directrice concernant l'enquête sur les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. Le rapport n'incluait pas l'analyse et les mesures de suivi, en particulier :

- i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence, et
- ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le ou la DSI a reconnu que le rapport du système de rapport d'incident critique ne contenait pas les renseignements requis.

Des renseignements incomplets sur les incidents critiques peuvent entraver le processus d'inspection et retarder la réponse du directeur ou de la directrice.

**Sources :** rapport du système de rapport d'incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.