

**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

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 15 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1160-0002

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Revera Long Term Care inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Kennedy Lodge, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 29 au 31 juillet 2024 et les 1<sup>er</sup> et 2 août 2024

Les inspections sur cet incident critique concernaient :

- Plainte : n° 00114841 – incident critique (IC) n° 2654-000011-24 et plainte : n° 00123060 – IC n° 2654-000018 relative à la gestion et à la prévention des chutes
- Plainte : n° 00117230 – IC n° 2654-000015-24 relative à la prévention et au contrôle des infections (PCI)

L'inspection suivante concernait :

- Plainte : n° 00122745 relative à l'administration de soins inappropriés et à la gestion et la prévention des chutes

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

- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

**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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n°001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : par. 6(7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient fournis, comme l'indique son programme.

#### Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. Le programme de soins indique que le personnel doit placer la personne résidente dans un endroit où elle peut être surveillée pour prévenir les chutes.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré ne pas avoir placé la personne résidente dans la zone prévue par le programme de soins après l'avoir levée, car elle n'avait pas lu le programme de soins.

Les entretiens avec le directeur général intérimaire (DG) et le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que la PSSP n'avait pas prodigué les soins prévus dans le programme.

En raison de cette omission de fournir les soins spécifiés dans le programme, la personne résidente a fait une chute et s'est blessée.

**Sources** : programme de soins, notes d'évolution, notes d'enquête du foyer et entretiens avec une PSSP et les autres membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n°002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de 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

LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : par. 6(9)1 de la LRSLD (2021).**

Programme de soins

Par. 6(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP documente la prestation des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. La personne résidente a indiqué qu'elle voulait de l'aide pour une activité de la vie quotidienne (AVQ), mais la PSSP a refusé. La PSSP déclare pour sa part avoir aidé la personne résidente à accomplir cette activité de la vie quotidienne. Aucun document n'indique que cela s'est produit.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'un dispositif d'alarme devait être mis en place. Les entretiens avec le personnel ont révélé que le dispositif n'était pas activé lorsque la personne résidente a été trouvée. La PSSP a affirmé qu'elle ne se souvenait pas d'avoir vu le dispositif et qu'elle ne se rappelait pas si elle l'avait vérifié. Aucun document n'atteste que le dispositif était en place et en état de marche.

Un directeur adjoint des soins infirmiers et le DSI ont confirmé que les actions susmentionnées n'étaient pas documentées.

Ne pas documenter les soins prodigués a nui à la capacité du foyer à enquêter et à déterminer les mesures à prendre pour éviter que la situation ne se reproduise.

**Sources** : programme de soins d'une personne résidente, notes d'évolution, rapport d'enquête sur la documentation et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport et 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 : al. 26(1)b de la LRSLD (2021)**

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

**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

Par. 26(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

b) il veille à ce que la marche à suivre écrite comprenne des renseignements sur le mode de présentation d'une plainte à l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la marche à suivre écrite comprenne des renseignements sur le mode de présentation d'une plainte à l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère.

**Justification et résumé**

La marche à suivre du foyer ne contenait pas les renseignements susmentionnés. Le DG intérimaire a confirmé que la politique devait être mise à jour et offrir des renseignements sur le mode de présentation d'une plainte à l'ombudsman des patients et au ministère.

**Sources** : procédure ADMIN3-O10.01 du foyer sur la gestion des problèmes, des plaintes, des effectifs et des demandes de SLD, révisée le 31 mars 2024, et entretien avec le DG intérimaire.

**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

## AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

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

**Non-respect de la disposition : par. 28(1)1 de la LRSLD (2021).**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'un incident de traitement inapproprié ayant causé un préjudice pour une personne résidente soit signalé immédiatement au directeur.

### Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. Le foyer a mené une enquête et a constaté qu'une PSSP n'avait pas suivi le programme de soins de la résidente, ce qui a entraîné une blessure. Le DSI et le DG intérimaire ont confirmé que le foyer avait des motifs raisonnables de soupçonner que des soins inappropriés avaient été prodigués et qu'il aurait dû le signaler immédiatement au directeur.

Ne pas avoir signalé immédiatement cet incident de soins inappropriés a mis la personne résidente en danger, car le directeur n'a pas pu intervenir pour s'assurer que des mesures appropriées avaient été prises pour éviter que l'incident ne se reproduise.

**Sources** : notes d'évolution d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec la direction.

**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

## AVIS ÉCRIT : Rapport et 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 : par. 108(2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Par. 108(2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté d'une plainte concernant des soins inappropriés.

### Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. Le mandataire spécial de la personne résidente craignait que la chute soit attribuable au fait qu'une PSSP n'avait pas prodigué les soins appropriés en ne suivant pas le programme de soins. Le foyer a mené une enquête et a constaté que les inquiétudes du mandataire spécial étaient fondées.

L'analyse trimestrielle des plaintes du foyer ne comportait aucune trace de cette plainte. Le DSI et le DG intérimaire ont confirmé que cette plainte aurait dû être enregistrée et faire l'objet d'un suivi et d'une analyse.

**Sources** : notes d'évolution d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec la direction.