

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 : 19 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1337-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : The Kensington Health Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : The Kensington Gardens, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 7, du 10 au 14, et les 17, 20, 21, 24 et 25 juin 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00109818/IC n° 2852-000023-24 – liée à des mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Demande n° 00109900/IC n° 2852-000024-24 et demande n° 00112864/IC n° 2852-000052-24 – liées à des mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par un membre du personnel
- Demande n° 00112408/IC n° 2852-000042-24; demande n° 00113247/IC n° 2852-000055-24 et demande n° 00114470/IC n° 2852-000059-24 – liées à des mauvais traitements d'ordre affectif infligés à une personne résidente
- Demande n° 00111271/IC n° 2852-000036-24 et demande n° 00118213/IC n° 2852-000078-24 – liées à des soins administrés de façon inappropriée
- Demande n° 00117210/IC n° 2852-000072-24 et demande n° 00114321/IC n° 2852-000058-24 – liées à des éclosions de maladies

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° 00111030/IC n° 2852-000028-24/IC n° 2852-000029-24 – liée à des allégations de négligence envers une personne résidente
- Demande n° 00116198 et demande n° 00117314 – plaintes portant sur de la négligence envers une personne résidente
- Demande n° 00112873 – plainte portant sur un refus de lit

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

Demande n° 00112537/IC n° 2852-000048-24; demande n° 00112751/IC n° 2852-000050-24; demande n° 00112850/IC n° 2852-000051-24; demande n° 00116607/IC n° 2852-000071-24; demande n° 00118007/IC n° 2852-000075-24 et demande n° 00118228/IC n° 2852-000080-24 – toutes liées à des éclosions de maladies

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Admission, absences et mises en congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 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 ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis aux personnes résidentes n° 005 et n° 008, tel que le précise leur programme.

Justification et résumé

1) Le programme de soins de la personne résidente n° 005 indiquait que le personnel était censé rediriger et réorienter cette personne quand elle manifestait un comportement d'errance.

Le travailleur social n° 114 a rapporté que, le 22 février 2024, la personne résidente n° 005 avait été observée en train de marcher vers la personne résidente n° 006. Il a été vu que la personne résidente n° 006 avait donné un coup de pied à la personne résidente n° 005, qui était tombée et avait subi des blessures.

Le travailleur social n° 114 et le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121 ont confirmé qu'il n'y avait pas de personnel à proximité pour rediriger la personne résidente n° 005 quand cette dernière déambulait. Ils ont tous les deux reconnu qu'on aurait pu prévenir l'incident si le personnel était intervenu et avait redirigé la personne résidente n° 005 comme il était précisé dans le programme.

La personne résidente n° 005 a subi des blessures quand le personnel ne l'a pas redirigée alors qu'elle manifestait des comportements d'errance.

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

Sources : Rapport d'incident critique (IC) n° 2852-000023-24; dossiers cliniques de la personne résidente n° 005; entretiens avec le travailleur social n° 114 et le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121.

2) Le programme de soins de la personne résidente n° 008 indiquait qu'il fallait l'aide de deux membres du personnel pour les soins du périnée.

Le 31 mars 2024, la personne préposée aux soins personnels (PSP) n° 127 a prodigué, seule, les soins liés à l'incontinence à la personne résidente n° 008. La personne résidente n° 008, la PSP n° 127 et le directeur adjoint des soins n° 130 ont confirmé que les soins du périnée avaient été prodigués par une seule personne.

En ne suivant pas le programme de soins de la personne résidente n° 008 concernant les soins du périnée, cette dernière a été exposée à un risque accru de préjudice.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 008; notes d'enquête du foyer; entretiens avec la personne résidente n° 008, la PSP n° 127 et le directeur adjoint des soins n° 130.

[741150]

AVIS ÉCRIT : POLITIQUE VISANT À PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE ZÉRO

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des incidents allégués de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes n^{os} 002, 003 et 004 ont été signalés, l'infirmière réalise une évaluation physique de la tête aux pieds pour la personne résidente et consigne ses constatations dans les dossiers de santé de cette dernière, comme l'exige sa politique.

Justification et résumé

1) Le 9 mars 2024, le foyer a soumis un rapport d'IC portant sur une allégation de négligence envers la personne résidente n^o 002.

Les notes d'évolution de la personne résidente n^o 002 et les évaluations réalisées n'indiquaient aucune évaluation physique effectuée pour la personne résidente à la suite de l'allégation de négligence en lien avec les soins des prothèses dentaires.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n^o 118 a mentionné qu'on n'avait pas réalisé d'évaluation de la tête aux pieds après qu'il a été signalé que la personne résidente n^o 002 subissait de la négligence.

2) Le 22 avril 2024, le foyer a soumis un rapport d'IC portant sur une allégation de mauvais traitements envers la personne résidente n^o 003 de la part d'un membre de la famille.

Aucune évaluation physique n'a été réalisée pour la personne résidente n^o 003 en lien avec l'allégation de mauvais traitements.

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'IAA n° 108 a mentionné qu'elle n'avait pas réalisé d'évaluation physique après qu'il a été signalé que la personne résidente n° 003 subissait des mauvais traitements de la part d'un membre de la famille.

3) Le 8 avril 2024, le foyer a soumis un rapport d'IC quand un membre de la famille de la personne résidente n° 004 a signalé un cas allégué de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente de la part du personnel.

Aucune évaluation physique n'a été réalisée pour la personne résidente n° 004 après qu'il a été signalé que cette dernière subissait des mauvais traitements et de la négligence en lien avec sa lésion de pression.

L'infirmière autorisée (IA) n° 115 a mentionné qu'elle n'avait pas réalisé d'évaluation de la tête aux pieds après avoir été informée de l'allégation de mauvais traitements et de négligence envers la personne résidente n° 004.

Les directeurs adjoints des soins n°s 119 et 116 ont tous les deux mentionné que les infirmières devaient réaliser une évaluation physique ou une évaluation de la peau pour tout cas allégué de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente.

Le défaut du foyer de réaliser des évaluations physiques des personnes résidentes n°s 002, 003 et 004 après le signalement d'une allégation de mauvais traitements ou de négligence a pu retarder la mise en œuvre de stratégies d'aide pour ces dernières.

Sources : Politique M1-010 relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence et aux enquêtes connexes (*M1-010 Prevention and Investigation of Abuse and Neglect Policy*) (décembre 2023); notes d'évolution de la personne résidente n° 002 (mars 2024), évaluations réalisées (mars 2024); notes d'évolution de la personne résidente n° 003 (avril 2024), évaluations réalisées (avril 2024); notes

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

d'évolution de la personne résidente n° 004 (avril 2024), évaluations réalisées (avril 2024); entretiens avec les IAA n°s 118, 108 et 115, et les directeurs adjoints des soins n°s 119 et 116.

[723]

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport au directeur d'une allégation d'incident de mauvais traitements envers les personnes résidentes n°s 003, 007, 008 et 009 ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à ces dernières.

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

1) Le 20 avril 2024, une allégation de mauvais traitements visant la personne résidente n° 003 a été signalée au gestionnaire de garde par la PSP n° 107 et l'IAA n° 108. L'incident a été signalé au directeur deux jours après.

Le directeur adjoint des soins n° 116 a confirmé que le rapport d'IC avait été soumis avec deux jours de retard.

Sources : Politique relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence et aux enquêtes connexes (*M1-010 Prevention and Investigation of Abuse and Neglect Policy*) (décembre 2023); rapport d'IC n° 2852_000059-24; entretiens avec la PSP n° 107, l'IAA n° 108 et le directeur adjoint des soins n° 116.

[723]

2) Le 21 février 2024, la personne résidente n° 007 a avancé que les PSP n°s 113 et 125 l'avaient manipulée brutalement pendant le transfert. Le foyer a soumis un rapport d'IC cinq jours plus tard.

3) Le 31 mars 2024, la personne résidente n° 008 a signalé à l'infirmière que la PSP n° 127 avait été très brusque lors des soins du périnée. Le foyer a soumis un rapport d'IC trois jours plus tard.

4) Le 24 mars 2024, le mandataire spécial de la personne résidente n° 009 a signalé à l'infirmière qu'il avait été profondément choqué quand il a découvert que les longs cheveux de sa mère, qui n'avaient pas été coupés durant une longue période pour des motifs religieux, avaient été coupés court. Le foyer a déposé, trois jours plus tard, un rapport d'IC portant sur une allégation de mauvais traitements d'ordre affectif 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

Le directeur adjoint des soins n° 130 a mentionné qu'il n'avait pas signalé l'incident au directeur rapidement et a reconnu que les incidents d'allégations de mauvais traitements envers les personnes résidentes n^{os} 007, 008 et 009 auraient dû être signalés immédiatement.

Le défaut du foyer de signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements envers les personnes résidentes n^{os} 003, 007, 008 et 009 a limité la capacité du directeur à intervenir rapidement.

Sources : Rapports d'IC n^{os} 2852-000024-24, 2852-000052-24 et 2852-000042-24; entretien avec le directeur adjoint des soins n° 130.

[741150]

AVIS ÉCRIT : EXAMEN ET APPROBATION PAR LE TITULAIRE DE PERMIS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 51 (7) a) 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 :

a) le foyer ne dispose pas des installations matérielles nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière 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 Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas démontré l'existence de circonstances prévues par la réglementation comme constituant des motifs pour un refus d'approbation.

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte portant sur le refus d'une admission pour l'auteur d'une demande d'admission n° 014. Dans une lettre datée du 8 février 2024, le foyer mentionnait qu'il avait refusé l'approbation en raison de l'absence d'aires pour fumeurs désignées encloisonnées ou surveillées, et en raison de préoccupations relativement aux ressources en personnel disponibles pour l'accompagnement ou la supervision pour assurer la sécurité de l'auteur de la demande d'admission.

Un outil d'évaluation des comportements rempli le 10 octobre 2023 indiquait que l'auteur de la demande d'admission pouvait fumer de façon autonome et respectait les politiques relatives à l'usage du tabac. Les renseignements de l'aiguillage n'indiquaient pas si l'auteur de la demande d'admission présentait un risque de chutes. Il y avait un seul incident de chute consigné en mai 2023.

Le directeur des services à la clientèle n° 126 a mentionné que les préoccupations concernant les risques de chute avaient influencé la décision de refuser l'admission, même si on n'avait pas demandé la réalisation d'une évaluation plus approfondie du risque de chute actuel et de l'historique de chutes par le coordonnateur des placements des services de soins à domicile et du soutien communautaire.

La directrice des soins n° 101 a également reconnu que, même s'il n'y avait pas d'aire pour fumeurs désignée au foyer, les personnes résidentes pouvaient fumer sur les trottoirs publics, à une distance sécuritaire du bâtiment, conformément à la politique du foyer relative à l'usage du tabac.

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 directeur des services à la clientèle n° 126 et la directrice des soins n° 101 étaient tous deux d'avis qu'il n'était pas nécessaire d'avoir du personnel pour accompagner ou superviser l'auteur de la demande d'admission quand ce dernier sortait pour fumer. Également, ils ont reconnu qu'il n'y avait pas de raisons valables pour refuser l'admission de l'auteur de la demande d'admission, sous prétexte de l'absence d'installations physiques.

La décision a eu un impact négatif sur l'auteur de la demande d'admission n° 014, car elle a empêché ce dernier d'être transféré à son foyer de soins de longue durée préféré et ainsi a pu compromettre son accès aux soins et au soutien nécessaires.

Sources : Trousse de demande de l'auteur d'une demande d'admission n° 014; lettre du foyer concernant le refus d'approbation de l'admission (8 février 2024); entretiens avec le directeur des services à la clientèle n° 126 et la directrice des soins n° 101.

[741150]

**AVIS ÉCRIT : AVIS ÉCRIT SI LE TITULAIRE DE PERMIS REFUSE
L'APPROBATION**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Autorisation d'admission à 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.

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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer remette à l'auteur d'une demande d'admission et au coordonnateur des placements un avis écrit fournissant les coordonnées du directeur quand il a refusé l'approbation de l'admission.

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte portant sur le refus de l'admission de l'auteur d'une demande d'admission n° 014.

La lettre de refus écrite ne comprenait pas les coordonnées du directeur. Le directeur des services à la clientèle n° 126 a reconnu que les coordonnées n'étaient pas incluses dans la lettre.

Sources : Lettre du foyer concernant le refus de l'approbation de l'admission (8 février 2024); entretien avec le directeur des services à la clientèle n° 126.

[741150]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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 22 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

22. Ses préférences culturelles, spirituelles et religieuses ainsi que ses besoins et préférences compte tenu de son âge.

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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 009 soit fondé, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des préférences religieuses de cette dernière.

Justification et résumé

Un rapport d'IC portant sur un incident de mauvais traitements d'ordre affectif envers la personne résidente n° 009 a été déposé par le foyer le 27 mars 2024.

Le 24 mars 2024, la PSP n° 131 a coupé les cheveux de la personne résidente n° 009 pendant sa douche. Le mandataire spécial de la personne résidente s'est dit fortement ébranlé par cette action, signalant que cette dernière n'avait pas coupé ses longs cheveux pour des motifs religieux. La personne résidente n° 009 a mentionné qu'elle n'était pas contente de l'incident survenu.

L'IA n° 136 et le directeur adjoint des soins n° 130 ont tous les deux reconnu qu'on n'avait pas réalisé d'évaluation interdisciplinaire des préférences religieuses de la personne résidente et qu'on n'avait pas établi un programme de soins en fonction de ces préférences. Ils ont mentionné que si un tel plan avait été en place, cet incident aurait pu être évité.

Le défaut du foyer d'inclure les préférences religieuses de la personne résidente n° 009 dans son programme de soins a fait que les besoins spirituels et religieux de cette dernière ont été compromis.

Sources : Rapport d'IC n° 2852-000042-24; dossier clinique de la personne résidente n° 009; entretiens avec la PSP n° 131, l'IAA n° 132, l'IA n° 136 et le directeur adjoint des soins n° 130.

[741150]

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

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Problème de conformité n° 007 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 :

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 un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la lésion de pression de la personne résidente n° 004 soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 indiquait que cette dernière avait une lésion de pression de stade 3 sur la fesse droite.

L'IAA n° 133 a mentionné que les personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique, y compris des lésions de pression, devaient se faire évaluer la peau une fois par semaine au moyen de l'évaluation des lésions de pression et des plaies dans PointClickCare (*TRC Pressure Injury Wound Assessment*). L'IAA n° 133 et le directeur adjoint des soins n° 135 ont tous les deux mentionné que les évaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente n° 004 avaient été sautées pour les semaines du 3 juin, du 6 mai et du 22 avril 2024.

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

La non-réalisation des évaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente n° 004 aurait pu retarder la mise en œuvre des interventions visant à faciliter la guérison des plaies.

Sources : Évaluation des lésions de pression et des plaies (*TRC Pressure Injury Wound Assessment*) de la personne résidente n° 004 (mars à juin 2024); entretiens avec l'IAA n° 133 et le directeur adjoint des soins n° 135.

[723]

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 de la personne résidente n° 006 dans la mesure du possible, quand les comportements ont commencé à se manifester.

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 d'IC portant sur des mauvais traitements d'ordre physique infligés à la personne résidente n° 005 par la personne résidente n° 006 et ayant causé une blessure a été soumis par le foyer le 22 février 2024.

Le programme de soins de la personne résidente n° 006 indiquait des comportements de protection physique envers d'autres personnes résidentes. Toutefois, aucune stratégie précise n'a été élaborée.

Le travailleur social n° 114 a signalé que, le 22 février 2024, la personne résidente n° 005 s'était approchée de l'espace personnel de la personne résidente n° 006, qui lui a alors donné un coup de pied. La personne résidente n° 005 est tombée et s'est blessée.

Le travailleur social n° 114, le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121 et la directrice des soins n° 101 ont reconnu qu'aucune stratégie précise n'avait été élaborée pour gérer les comportements de protection de la personne résidente n° 006. Ils ont tous reconnu que l'incident aurait pu être évité si des stratégies avaient été mises en place.

Le défaut du foyer de mettre en place des stratégies pour gérer le comportement de protection de la personne résidente n° 006 a entraîné un risque accru d'altercations entre les personnes résidentes.

Sources : Rapport d'IC n° 2852-000023-24; dossiers cliniques de la personne résidente n° 006; entretiens avec le travailleur social n° 114, le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121 et la directrice des soins n° 101.

[741150]

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

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 58 (4) c) 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 :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 002, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, quand cette dernière affichait des comportements réactifs. De plus, il n'a pas veillé à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient consignées.

Justification et résumé

Le 4 avril 2024, la personne résidente a été transférée à l'Hôpital Mount Sinai (formulaire 1). La personne résidente est revenue au foyer le 7 mai 2024 avec un diagnostic de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence dans le contexte d'une démence connue.

La politique du foyer indiquait que, pour les personnes résidentes ayant des comportements nouveaux ou s'intensifiant, le chef d'équipe devait enclencher le Système d'observation de la démence (DOS) pour repérer les schémas de comportements nouveaux ou gagnant en intensité.

Les notes d'évolution de la personne résidente n° 002 indiquaient que cette dernière avait de nouveaux comportements depuis le 30 septembre 2023. Les comportements de la personne résidente se sont aggravés en mars 2024. On y a

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

alors consigné que la personne résidente était agressive verbalement et physiquement avec le personnel, les autres personnes résidentes et les visiteurs. Aucune évaluation n'a été réalisée pour les comportements de la personne résidente avant le 21 février 2024.

L'IAA n° 118 et le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121 ont tous les deux mentionné que pour les comportements nouveaux ou s'intensifiant, le personnel devait enclencher le DOS. Aucune surveillance n'a été effectuée avec le DOS pour la personne résidente du 3 décembre 2023 au 8 mars 2024.

Le défaut du foyer d'évaluer les comportements de la personne résidente n° 002 a retardé la mise en œuvre des interventions et ainsi augmenté le risque de manifestation de ces comportements.

Sources : Notes sur les comportements (septembre 2023 au 31 mai 2024); résumé de la mise en congé par le médecin de l'Hôpital Mount Sinai (7 mai 2024), politique relative aux comportements réactifs (*M2-965 Responsive Behaviours Policy*) (août 2017); entretiens avec l'IAA n° 118 et le responsable de l'équipe de soutien comportemental n° 121.

[723]

AVIS ÉCRIT : PLANIFICATION DES MENUS

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 77 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

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) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi, et une boisson le soir après le dîner;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on offre une boisson entre les repas à la personne résidente n° 002 le matin.

Justification et résumé

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 002 indiquait que cette dernière présentait un risque nutritionnel élevé.

À 10 h 30, on a observé la PSP n° 104 en train de servir la boisson entre les repas du matin. On a trouvé dans le chariot un gobelet de fruits mélangés/fruits frais en purée et une boisson Ensure avec une étiquette portant les renseignements sur la personne résidente n° 002.

Les inspectrices ou inspecteurs n°s 723 et 000857 étaient à l'extérieur de la chambre de la personne résidente n° 002 de 10 h à 12 h 4, mais elles ou ils n'ont pas observé la PSP n° 104 entrer dans la chambre avec la boisson à prendre entre les repas de la personne résidente.

Le diététiste professionnel (Dt.P.) n° 103 a mentionné que le foyer fournissait une boisson à prendre entre les repas spéciale pour la personne résidente n° 002 afin d'assurer une nutrition suffisante. Le directeur adjoint des soins n° 119 a mentionné que le personnel devait offrir une boisson à prendre entre les repas à toutes les personnes résidentes.

Quand la PSP n° 104 n'a pas offert à la personne résidente n° 002 sa boisson à prendre entre les repas le matin, il y a eu un risque nutritionnel accru.

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

Sources : Observations à l'unité Nord 1 Est (N1E) de la boisson à prendre entre les repas du matin (5 juin 2024); programme de soins écrit de la personne résidente n° 002; entretiens avec la PSP n° 104, le Dt.P. n° 103 et le directeur adjoint des soins n° 119.

[723]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée qui a été révisée en septembre 2023.

La section 9.1 indique que le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées dans le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI). Au minimum, les pratiques de base doivent comporter : b) l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec

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

du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSP n° 104 et le Dt.P. n° 103 effectuent l'hygiène des mains entre les contacts avec les personnes résidentes qu'ils aidaient dans la salle à manger de l'unité N1E.

Justification et résumé

1) Au moment de l'inspection, le foyer était touché par une écloison de COVID-19 et une écloison entérique confirmées.

La PSP n° 104 a été observée alors qu'elle raccompagnait la personne résidente n° 010 de la salle de toilette à la table de la salle à manger, qu'elle obtenait le gobelet de dessert pour la personne résidente n° 002 à la table 6 et qu'elle s'assoyait à côté de la personne résidente n° 11 pour aider les personnes résidentes à manger. La PSP n° 104 n'a pas effectué l'hygiène des mains entre les contacts avec ces personnes résidentes. Le Dt.P. n° 103 a été observé en train d'évaluer la personne résidente n° 002. Il est ensuite allé vers la personne résidente n° 012, puis vers la personne résidente n° 013. Le Dt.P. n° 103 n'a pas effectué l'hygiène des mains entre les contacts avec ces personnes résidentes.

La PSP n° 104 et le Dt.P. n° 103 ont tous les deux mentionné qu'ils n'avaient pas effectué l'hygiène des mains entre les contacts. La personne responsable de la PCI n° 102 a mentionné que le personnel devait effectuer l'hygiène des mains entre les contacts avec les personnes résidentes, et ce, même durant les repas.

Quand la PSP n° 104 et le Dt.P. n° 103 n'ont pas effectué l'hygiène des mains entre les contacts, il y avait un risque de transmission d'infection.

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

Sources : Observations du service des repas du dîner dans la salle à manger de l'unité N1E (4 juin 2024); politique relative à l'hygiène des mains (*M6-100 Hand Hygiene Policy*) (mars 2020); entretiens avec la PSP n° 104; le Dt.P. n° 103 et la personne responsable de la PCI n° 102.

Section 7.3 – Le titulaire de permis doit veiller à ce que la personne responsable de la PCI planifie et mette en œuvre toute la formation en matière de PCI et à ce que cette formation ait bien été suivie. Il doit aussi veiller à ce que des vérifications soient effectuées régulièrement (au moins une fois tous les trimestres).

Justification et résumé

2) Un examen des vérifications de l'équipement de protection individuelle (EPI) pour la PCI de mars à juin 2024 a révélé que les vérifications portaient uniquement sur les PSP et les infirmières. Un dossier électronique des observations de l'hygiène des mains au foyer The Kensington Garden de mars à juin 2024 a révélé qu'un seul membre du personnel d'entretien ménager et un seul membre du personnel diététique avaient fait l'objet d'une vérification pour la même période.

La personne responsable de la PCI n° 102 a mentionné que le foyer n'avait pas de processus en place pour s'assurer que les vérifications trimestrielles de tout le personnel étaient effectuées.

Le défaut du foyer d'effectuer des vérifications trimestrielles régulières pour s'assurer que tous les membres du personnel savent appliquer les pratiques en matière de PCI propres à leur rôle a augmenté le risque de transmission d'infection.

Sources : Vérifications de l'EPI et de l'hygiène des mains (mars à juin 2024); entretien avec la personne responsable de la PCI n° 102.

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

[723]

AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (1) 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'éclosion 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 immédiatement faire rapport au directeur quand il y a eu une éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible telle qu'elle est définie dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé

1) Le 18 avril 2024, Santé publique Ontario (SPO) a déclaré que le foyer était touché par une éclosion confirmée de virus parainfluenza causant une infection aiguë des voies respiratoires. Le foyer a soumis son rapport d'IC le jour suivant.

2) Le 25 mai 2024, SPO a déclaré que le foyer était touché par une éclosion confirmée de COVID-19 causant une infection aiguë des voies respiratoires. Le foyer a soumis son rapport d'IC deux jours plus tard.

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

La personne responsable de la PCI n° 102 a mentionné que le foyer devait informer le directeur immédiatement de toute éclosion confirmée de maladie importante sur le plan de la santé publique ou contacter les services d'urgence après les heures du ministère.

Sources : Rapports d'IC n^{os} 2852-000058-24 et 2852-000072-24; entretien avec le responsable de la PCI n° 102.

[723]

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques et les procédures du système de gestion des médicaments, plus précisément sur le plan du bilan comparatif des médicaments.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés et respectés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que les médicaments soient administrés de façon rigoureuse.

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 précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique M2-760 sur les lignes directrices de l'administration des médicaments (*Medication Administration-General Guidelines, M2-760*) datée de septembre 2017, qui était incluse dans le programme de gestion des médicaments du titulaire de permis.

Justification et résumé

Le 7 mars 2024, la personne résidente n° 001 a été réadmise au foyer après un séjour à l'hôpital où elle a reçu un diagnostic d'embolie pulmonaire. Les dossiers cliniques de la personne résidente montraient que l'hôpital avait envoyé un message par fax au foyer comprenant le résumé de la mise en congé, notamment les changements de médicaments se rapportant à une anticoagulothérapie.

La politique du foyer précisait que, après une réadmission à la suite d'un séjour à l'hôpital, il fallait effectuer un bilan comparatif des médicaments en comparant les ordonnances de réadmission aux ordonnances des dossiers sur l'administration des médicaments précédents, en imprimant le formulaire de regroupement. Tous les médicaments devaient être represcrits par le médecin et les renouvellements de prescription devaient être faxés à la pharmacie.

Les dossiers cliniques de la personne résidente ont révélé qu'il n'y avait pas eu de formulaire de regroupement pour le bilan comparatif des médicaments le 7 mars 2024, et que le médecin et la pharmacie n'avaient pas participé au bilan. De plus, les changements de médicaments n'ont pas été transcrits et traités avant le 12 mars 2024.

L'infirmière praticienne n° 139 qui a découvert l'incident lié à des médicaments a reconnu qu'on n'avait pas remarqué les nouvelles prescriptions de l'hôpital. L'infirmière praticienne n° 139 et la directrice des soins n° 101 ont reconnu que le médecin et le pharmacien n'avaient pas été informés des nouvelles ordonnances de

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'hôpital et que le processus de bilan comparatif des médicaments n'avait pas été suivi conformément à la politique du foyer.

Le défaut du foyer d'effectuer le bilan comparatif des médicaments avec l'équipe interdisciplinaire a augmenté le risque que la personne résidente n° 001 obtienne de mauvais résultats de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 001; politique M2-760 sur les lignes directrices de l'administration des médicaments (*M2-760 Medication Administration-General Guidelines Policy*) (révisée en septembre 2017); entretien avec l'infirmière praticienne n° 139 et la directrice des soins n° 101.

[000715]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 OBLIGATION DE PROTÉGER

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à se conformer à [l'alinéa 155 (1) b) de la *LRSLD* (2021)] :

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour faire en sorte que la personne résidente n° 002 ne subisse pas de la négligence de

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

sa part ou de la part du personnel. Le plan doit comprendre, entre autres, ce qui suit :

- 1) Examen des rôles et des responsabilités des PSP, du personnel autorisé et du Dt.P. de l'unité N1E pour ce qui est des personnes résidentes dont le poids fluctue;
- 2) Examen du programme de soins de la personne résidente n° 002 sur le plan du soin des prothèses dentaires, de l'aide aux repas et de la surveillance du poids avec toutes les PSP et tout le personnel autorisé de l'unité N1E où réside cette personne;
- 3) Conserver un registre documenté des étapes un et deux comprenant la date, le personnel présent et les personnes concernées;
- 4) Élaborer un outil de vérification pour surveiller et noter le respect, par le personnel, du programme de soins de la personne résidente n° 002 sur le plan des soins des prothèses dentaires, de l'alimentation et de la nutrition;
- 5) Les vérifications doivent être effectuées durant au moins quatre semaines où jusqu'à l'atteinte d'une conformité parfaite;
- 6) Conserver un registre documenté des vérifications effectuées comprenant, entre autres, le nom du membre du personnel ayant effectué la vérification, la date et toute mesure prise en réponse aux constatations de la vérification.

Veillez soumettre le plan écrit pour l'atteinte de la conformité en réponse à l'inspection n° 2024-1337-0004 à Adelfa Robles (723), inspectrice de foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel, à l'adresse torontodistrict.mlrc@ontario.ca, au plus tard le **2 août 2024**.

Veillez vous assurer que le plan écrit présenté ne contient pas de renseignements personnels ni de renseignements personnels de santé.

Motifs

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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 002 ne subisse pas de négligence dans le cadre des soins des prothèses dentaires et sur le plan de l'alimentation et de la nutrition.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Justification et résumé

Le 9 mars 2024, le foyer a reçu une plainte portant sur les soins buccaux, l'aide par le personnel et la nutrition de la personne résidente n° 002.

Le 11 mars 2024, la personne résidente n° 002 est allée à un rendez-vous chez le denturologue. Les prothèses dentaires de la personne résidente étaient brisées et n'étaient pas entretenues correctement comme il était indiqué dans la lettre du denturologue.

La PSP n° 104 a mentionné qu'elle n'avait pas prodigué les soins des prothèses dentaires à la personne résidente n° 002 avant le 9 mars 2024, date où elle s'est aperçue que celle-ci portait des prothèses. L'IAA n° 112 a mentionné que les prothèses dentaires étaient indiquées dans le programme de soins initial de la personne résidente n° 002. L'IAA n° 118 a mentionné que des soins des prothèses dentaires appropriés n'avaient pas été prodigués à la personne résidente n° 002 durant environ 11 mois.

Le 21 avril 2024, le foyer a mené une enquête et a établi que la négligence envers la personne résidente n° 002 consistant à ne pas prodiguer les soins des prothèses dentaires à cette dernière durant environ 11 mois se révélait vraie.

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 programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente n° 002 indiquait que cette dernière présentait un risque nutritionnel élevé. Les mesures d'intervention comprennent une aide complète pour les repas, une ingestion lente des aliments, la personne résidente refusant parfois de manger et ayant besoin de plus de temps pour les repas, et des pailles courbées pour toutes les boissons.

Les notes sur la quantité de nourriture consommée par la personne résidente n° 002 du 7 mai au 6 juin 2024 indiquaient que cette dernière avait consommé de 0 à 25 % de ses repas 46 fois, avait refusé ses repas 14 fois et avait consommé de 76 à 100 % de ses repas 8 fois.

Les évaluations de l'instrument d'évaluation RAI et de l'ensemble minimal de données indiquaient que la personne résidente avait besoin de l'aide physique d'une personne pour les repas (dépendance totale). Au moment de l'inspection, on a observé la personne résidente n° 002 ne recevant pas d'aide et étant escortée hors de la salle à manger même si son assiette était encore presque pleine. On ne donnait pas de temps supplémentaire à la personne résidente pour finir les repas.

Les tâches dans Point of Care de mai à juin 2024 indiquaient que le personnel fournissait une supervision limitée et une aide accrue pour les repas. Cela a été confirmé lors des entretiens avec le personnel.

Les registres des poids de la personne résidente n° 002 indiquaient que cette dernière faisait l'objet d'une mise en garde relative au poids, ayant perdu 7,2 kg depuis son admission en avril 2023. Aucun aiguillage et aucune évaluation n'ont été effectués par le Dt.P. pour la perte de poids de la personne résidente de novembre 2023 au 11 mars 2024.

L'IAA n° 118 a mentionné que les aiguillages pour la personne résidente n° 002 n'avaient pas été remarqués quand elle avait sonné l'alarme pour les fluctuations de poids. Les recommandations du Dt.P. datées du 14 mai 2024 indiquaient des pesées hebdomadaires afin de suivre l'efficacité des interventions. Le Dt.P. n° 103 a

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

mentionné que la personne résidente n° 002 présentait un risque nutritionnel élevé en raison d'une perte de poids et qu'une pesée hebdomadaire était recommandée pour surveiller cette personne. Aucune pesée hebdomadaire n'a été effectuée pour la personne résidente après le 14 mai 2024.

La PSP n° 117 et l'IAA n° 118 ont toutes les deux mentionné que la personne résidente avait perdu beaucoup de poids avant son transfert à l'hôpital en avril 2024. L'IAA n° 112, le directeur adjoint des soins n° 119 et le Dt.P. n° 103 ont mentionné que l'absence de soins des prothèses dentaires adéquats pourrait avoir contribué à la perte de poids de la personne résidente.

Le défaut du foyer de prodiguer les soins des prothèses dentaires, de fournir une aide du personnel comme il est précisé dans le programme et de réaliser des évaluations et des réévaluations appropriées en temps opportun pour le poids de la personne résidente n° 002 a fait que la santé et le bien-être de cette dernière ont été compromis.

Sources : Observations des repas de la personne résidente n° 002 (4 au 5 juin 2024); programme de soins initial de la personne résidente n° 002 (avril 2023); programme de soins écrit en vigueur (révisé le 31 août 2024); évaluation de l'ensemble minimal de données (achevée le 30 mai 2024); notes d'évolution (juillet 2023 à juin 2024); liste de tâches dans Point of Care (mai à juin 2024); registres des poids (juillet 2023 à mai 2024); politique M2-1140 relative à la surveillance du poids (*M2-1140 Weight Monitoring Policy*) (août 2014); notes d'enquête (21 avril 2024); entretiens avec les PSP n°s 104, 106, 117 et 123, les IAA n°s 112, 118 et 124, le Dt.P. n° 103 et le directeur adjoint des soins n° 119.

[723]

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 titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
2 septembre 2024

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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

- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.