

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 19 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1594-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Ville de Toronto

Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeshore Lodge, Etobicoke

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 3 au 6 septembre, 9 au 13 septembre de même que 16 et 17 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00116494/Système de rapport d'incidents critiques (SIC), dossier n° M595-000007-24 concernant la contention
- Incident critique : n° 00119332/SIC, dossier n° M595-000009-24, et incident critique : n° 00120109/SIC, dossier n° M595-000011-24 concernant de mauvais traitements
- Plainte : n° 00119539 – Plainte concernant de multiples aspects des soins fournis

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

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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^e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : (866) 311-8002

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Gestion des mesures de contention et des appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un non-respect a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 6(1)a) de la LRSLD

Programme de soins

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

(a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que soit adopté, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus, à savoir l'utilisation d'un appareil en particulier pour cette personne résidente.

Justification et résumé

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé a constaté qu'une personne résidente utilisait un appareil en particulier pour empêcher les autres personnes résidentes d'entrer dans la chambre.

On a réalisé une démarche d'observation avec l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé après un entretien et on a constaté que l'appareil était utilisé aux fins prévues; cependant, après un examen du programme de soins de la personne résidente, l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé a reconnu que ces soins n'étaient pas documentés dans le programme.

Deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés et une personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) ont reconnu que si cet appareil en particulier avait été utilisé, alors l'intervention aurait dû être documentée dans le programme de soins. Après un entretien, la personne responsable du Projet OSTC a informé l'inspectrice ou l'inspecteur que les soins prévus, à savoir l'utilisation de l'appareil en question, avaient été inscrits dans le programme de soins. Un autre examen du programme de soins a permis de confirmer que celui-ci avait été mis à jour en conséquence.

L'absence d'un programme de soins écrit établissant les soins prévus, à savoir l'utilisation de l'appareil en question, n'a créé aucun risque pour la santé et le bien-être de la personne résidente, étant donné que celle-ci a tout de même reçu à la fréquence requise les soins dont elle avait besoin.

Sources : Observation, entretien avec deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés et la personne responsable du Projet OSTC, et examen du programme de soins du résident.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 9 septembre 2024

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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^e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : (866) 311-8002

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 24(1) de la LRSLD

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.

Le titulaire de permis a omis de protéger la personne résidente n° 004 contre de mauvais traitements d'ordre physique infligés par la personne résidente n° 002.

Aux termes de l'alinéa 2(1)c) du Règl. de l'Ont. 246/22, les « mauvais traitements d'ordre physique » consistent en l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. (« physical abuse »)

Justification et résumé

À une date précise, un membre du personnel a appelé une infirmière ou un infirmier pour lui signaler que la personne résidente n° 004 était au sol. Il a dit à l'infirmière ou à l'infirmier que la personne résidente n° 004 était tombée parce que la personne résidente n° 002 l'avait frappée. La personne résidente n° 004 a été acheminée à l'hôpital.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'il y avait bien eu mauvais traitements et a indiqué que la personne résidente n° 002 avait frappé la personne résidente n° 004, qui est alors tombée au sol et qui a subi une blessure. La ou le DSI, deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés et la personne responsable du Projet OSTC ont reconnu que la personne résidente n° 004 avait subi de mauvais traitements d'ordre physique de la part de la personne résidente

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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^e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : (866) 311-8002

n° 002.

Puisqu'on a omis de la protéger contre de mauvais traitements d'ordre physique infligés par la personne résidente n° 002, la personne résidente n° 004 a subi une blessure.

Sources : Entretien avec la ou le DSI, les infirmières autorisées ou infirmiers autorisés et la personne responsable du Projet OSTC; examen des dossiers cliniques des personnes résidentes n° 002 et n° 004.

AVIS ÉCRIT : Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 34(1)5 de la LRSLD

Protection contre certains cas de contention

Paragraphe 34 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

5. Maîtrisé, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on n'empêche pas une personne résidente de quitter une chambre au moyen de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle.

Justification et résumé

À une date précise, la directrice ou le directeur des services du bâtiment a constaté

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de TorontoDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : (866) 311-8002

qu'un objet avait été utilisé devant la porte d'une chambre pour empêcher une personne résidente de sortir de celle-ci. La personne résidente se trouvait à l'intérieur de la chambre. La directrice ou le directeur des services du bâtiment a porté la situation à l'attention d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), qui a immédiatement retiré l'objet. On a constaté que la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) avait utilisé un objet pour contraindre la personne résidente à rester dans la chambre.

La PSSP, l'IAA et de même que l'infirmière clinicienne ou l'infirmier clinicien gestionnaire ont reconnu qu'on avait empêché la personne résidente de quitter la chambre.

Puisqu'on a omis de veiller à ce qu'on ne l'empêche pas de quitter sa chambre, cela a exposé la personne résidente à un risque de blessure et a compromis la capacité du personnel à surveiller cette personne et à répondre à ses besoins, le cas échéant.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les notes sur l'évolution de la situation qui la concernent; rapport du Système de rapport d'incidents critiques; entretien avec la PSSP, l'IAA et l'infirmière clinicienne ou l'infirmier clinicien gestionnaire.