

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 19 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1515-0003

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : The Wexford Residence Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Wexford, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20, 21, 24, 25 et 27 juin 2024 et les 2, 3, 4, 5, 8 et 9 juillet 2024.

Les inspections sur le système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernaient :

Inspection :

- Plainte : n° 00112169/SIC n° 3021-000008-24 lié au positionnement non sécuritaire d'une personne résidente.
- Plainte : n° 00112425/SIC n° 3021-000011-24 et plainte : n° 00113687/SIC n° 3021-000012-24 lié à l'éclosion d'une maladie.
- Plainte : n° 00118298/SIC n° 3021-0000016-24 lié à l'administration de soins inappropriés à une personne résidente.
- Plainte : n° 00119613/SIC n° 3021-000018-24 lié à la chute d'une personne résidente.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention
of Abuse and Neglect)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

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 6(11)b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

par. 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que
son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont
prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce
que des méthodes différentes soient prises en considération dans le
cadre de la révision du programme.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que si les soins prévus
dans le programme se sont révélés inefficaces pour une personne
résidente, des méthodes différentes sont prises en considération dans
le cadre de la révision du programme.

Justification et résumé

Lors de l'admission d'une personne résidente au foyer, il a été établi
qu'elle présentait un risque de chute et des mesures de prévention des
chutes ont été mises en place.

La personne résidente a fait deux chutes et son programme de soins n'a
pas été révisé en conséquence. À une date indiquée, la personne
résidente a fait une nouvelle chute et a été transférée à l'hôpital.
Elle est décédée cinq jours après sa chute et la cause du décès est
blessures liées à une chute.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La politique du foyer intitulée *Programme de prévention et de gestion des chutes* indique qu'il faut contrôler et évaluer le programme de soins au moins une fois par trimestre en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et si les mesures d'intervention se sont révélées inefficaces pour réduire le nombre de chutes, il faut mettre en place des mesures différentes et les revoir si nécessaire.

Entre les trois chutes de la personne résidente, aucune mesure différente n'a été envisagée ou mise en œuvre pour en réduire le risque et le risque de blessures qui s'en suivent. La directrice ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a indiqué que le foyer aurait dû essayer d'autres mesures de prévention des chutes lorsque celles prévues dans le programme de soins de la personne résidente se sont révélées inefficaces.

Le fait de ne pas envisager d'autres mesures de prévention des chutes lorsque celles indiquées pour la personne résidente se sont révélées inefficaces augmentait le risque de chutes et de blessures.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer intitulée *Programme de prévention et de gestion des chutes*, index F-30 révisée en mai 2024, entretiens avec l'IA et la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Non-conformité n° 002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

par. 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.

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas assuré la protection de la personne résidente contre la négligence du personnel.

Aux fins d'application de la Loi, la « négligence » s'entend comme le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, et comprend l'inaction ou une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Justification et résumé

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant la chute d'une personne résidente qui a causé des blessures pour lesquelles celle-ci a été transportée à l'hôpital et qui a entraîné son décès.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré avoir trouvé la personne résidente sur le sol, près du lit. La PSSP a signalé l'incident à l'IAA, qui a procédé à une évaluation de la tête aux pieds et pris les signes vitaux de la personne résidente. Celle-ci se plaignait de douleurs et présentait une blessure. Plus tard, au cours de ce même quart de travail, l'IAA a procédé à d'autres évaluations de la douleur et la personne résidente se plaignait encore de douleurs. Les PSSP n° 114 et n° 115 ont toutes deux confirmé que la personne résidente s'était plainte de douleur intense après sa chute et plus tard au cours du quart de travail, lorsqu'elles lui ont prodigué des soins. La directrice ou le directeur médical(e) n'a pas été immédiatement informé(e) de la douleur intense de la personne résidente et on lui a laissé une note pour qu'il ou elle l'évalue plus tard. La personne résidente n'a reçu aucun traitement pour la douleur avant environ deux heures et demie après sa chute.

Elle a été évaluée par l'IA de jour, qui a noté qu'elle souffrait beaucoup et que son état avait changé. La personne résidente a été immédiatement envoyée à l'hôpital, où l'on a diagnostiqué une blessure, et elle est décédée cinq jours après sa chute. La cause du décès est une blessure liée à la chute.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

L'IAA, l'IA et la ou le DASI ont tous reconnu que la personne résidente aurait dû être envoyée à l'hôpital immédiatement après la chute pour une évaluation plus approfondie de la blessure et un traitement de la douleur. L'IA et la ou le DASI ont tous deux reconnu que le personnel autorisé de nuit n'avait pas fourni à la personne résidente le traitement, les soins, les services ou l'assistance nécessaires à sa santé, à sa sécurité et à son bien-être.

En raison de cette inaction, la santé et le bien-être de la personne résidente ont été mis en péril, ce qui a retardé l'administration du traitement et des soins médicaux appropriés.

Sources : Rapport du SIC, notes de l'enquête interne, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec les PSSP n° 114 et n° 115, l'IA, l'IAA et la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a manqué de s'assurer que le personnel utilise des techniques de changement de position sécuritaires quand il vient en aide à 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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Justification et résumé

Un rapport du SCI a été soumis au directeur ou à la directrice concernant un incident qui a causé une blessure à une personne résidente et pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital.

La personne résidente était dépendante d'un fauteuil roulant et avait besoin d'une aide spécifique du personnel pour s'asseoir dans le fauteuil et en sortir. Les notes d'évolution de la personne résidente indiquent que la PSSP transférait celle-ci dans sa chambre lorsqu'elle a heurté le fauteuil roulant contre la porte de la chambre. Selon l'évaluation de l'IA, une blessure a été constatée et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

Un examen des notes d'enquête interne du foyer a révélé que les pieds de la personne résidente n'étaient pas posés à plat sur des repose-pieds lorsque la PSSP déplaçait la personne résidente.

La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas positionné les pieds de la personne résidente à plat sur les repose-pieds. La ou le DASI a reconnu que les pieds de la personne résidente n'étaient pas dans une position sécuritaire et que la PSSP n'avait pas utilisé des techniques de changement de position sécuritaires pour aider la personne résidente.

La personne résidente a été blessée parce que le personnel n'a pas veillé à ce que ses pieds soient dans une position sécuritaire pendant qu'il la transportait dans son fauteuil roulant.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec la PSSP, l'IAA, l'IA et la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Non-respect de : la disposition 96(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

art. 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fauteuil roulant d'une personne résidente soit réparé.

Justification et résumé

Une personne résidente s'est blessée et a été transférée à l'hôpital pour un examen plus approfondi. L'examen des notes d'évolution de la personne résidente indique que la procureure ou le procureur de la personne résidente a signalé que le fauteuil roulant de celle-ci était défectueux lorsqu'elle ou il lui a rendu visite. Les notes d'enquête du foyer indiquent que la cause possible de la blessure pourrait être liée au mauvais état du fauteuil roulant.

L'IA a déclaré qu'une pièce métallique pointue dépassait de l'accoudoir droit lorsqu'il ou elle a inspecté le fauteuil roulant après avoir été informé(e) par la procureure ou le procureur de la personne résidente. La ou le DASI et la ou le physiothérapeute ont tous deux reconnu que le fauteuil roulant n'était pas en bon état et qu'il n'était pas sécuritaire pour la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le fauteuil roulant de la personne résidente soit en bon état l'a exposée à un risque de blessure.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, le rapport du SIC, entretiens avec l'IA, le ou la ou le DASI et la ou le physiothérapeute.

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle
des infections**

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 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 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. Par. 102 (2) du Règl. de
l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une
norme ou d'un protocole établi par la directrice ou le directeur en ce
qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Plus précisément, au point 9.1, « le titulaire de permis doit veiller
à ce que les pratiques courantes et les précautions supplémentaires
soient respectées dans le cadre du programme de PCI », y compris les
quatre moments de l'hygiène des mains.

Justification et résumé

i) Au cours d'un service de restauration au foyer, la PSSP été
observée en train de porter une personne résidente devant se déplacer
en fauteuil roulant jusqu'à la salle à manger pour un service de
repas. Après avoir fait asseoir la personne résidente à la table qui
lui a été attribuée, la PSSP a quitté la salle à manger pour entrer
dans la chambre de la personne résidente et toucher à de multiples
surfaces dans la chambre, sans avoir procédé à l'hygiène de ses mains.
Plus tard, la même PSSP a omis de veiller à l'hygiène de ses mains
avant d'entrer dans la chambre d'une autre personne résidente et ainsi
qu'avant d'enfiler des gants pour s'occuper d'une personne résidente.

La PSSP a reconnu qu'elle ne procédait pas à l'hygiène des mains avant
et après avoir été en contact avec une personne résidente ou son
environnement.

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Cette omission avant/après le premier contact entre les personnes résidentes a augmenté le risque de transmission d'infections.

ii) Au cours d'un service de restauration au deuxième étage, une PSSP a été observée en train de porter une personne résidente devant se déplacer en fauteuil roulant jusqu'à la salle à manger pour un service de repas. Personne n'a aidé la personne résidente à se laver les mains avant le service des repas.

La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas aidé la personne résidente à se laver les mains avant le dîner.

Lorsque le personnel n'aide pas les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas, le risque de transmission de maladies est accru.

Sources : Observation lors des repas, Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée révisée en avril 2022, politique d'hygiène des mains du foyer révisée en mai 2024, entretiens avec la PSSP et la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 102(9)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. par. 102 (9) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'infections chez une personne résidente soient surveillés et consignés à chaque quart de travail.

Justification et résumé

Une personne résidente a présenté des symptômes respiratoires et a fait l'objet de précautions supplémentaires. Plus tard, la personne résidente a obtenu un résultat positif à une infection.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquent que le personnel n'a pas surveillé et consigné les signes et symptômes d'infection lorsque la personne résidente présentait des symptômes durant deux quarts de travail indiqués.

La ou le DASI a confirmé que lorsqu'une personne résidente présente des symptômes d'infection, le personnel doit la surveiller et consigner les symptômes dans une note d'évolution à chaque quart de travail. La ou le DASI a reconnu que le personnel n'avait pas consigné par écrit, pour chaque quart de travail, le moment où la personne résidente présentait des symptômes d'infection.

L'absence de surveillance de l'infection de la personne résidente l'exposait à un risque de traitement inadéquat et de guérison tardive.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec la ou le DASI.