

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 : le 8 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1437-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Advent Health Care Corporation

Foyer de soins de longue durée et ville : Valleyview Residence, North York

RÉSUMÉ D'INSPECTION

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

L'inspection concernait les demandes suivantes découlant du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) :

- Demande n° 00107112 (n° du Système de rapport d'incidents critiques [SIC] : 2954-000003-24) – Liée à l'administration de soins de façon inappropriée;
- Demandes n° 00110081 (n° du SIC : 2954-000010-24) et n° 00110718 (n° du SIC : n° 2954-000011-24) – Liées à des allégations de négligence;
- Demande n° 00116090 (n° du SIC : 2954-000018-24) – Liée à la prévention et au contrôle des infections.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

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 :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit des personnes résidentes établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes.

Justification et résumé

1) Le 10 juin 2024, une personne résidente était dans son lit et n'avait pas l'intervention dont elle a besoin lorsqu'elle est au lit conformément à son programme de soins.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a mentionné que l'intervention n'était plus requise pour la personne résidente. Une infirmière auxiliaire

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

autorisée (IAA) a confirmé qu'on avait cessé d'effectuer l'intervention et que le programme de soins n'avait pas été mis à jour.

Ne pas veiller à ce que le programme de soins écrit de la personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel posait un risque de lacunes dans les services fournis à cette dernière.

Le 14 juin 2024, l'intervention a été retirée du programme de soins de la personne résidente.

Sources : Observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 juin 2024
[000860]

Justification et résumé

2) Le matin du 20 juin 2024, un appareil de traitement a été utilisé pour une personne résidente alors que celle-ci était au lit. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'appareil devait être utilisé 24 heures par jour, sept jours sur sept. Le registre électronique des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait que l'appareil devait être porté [traduction] « la nuit au lit uniquement et retiré chaque matin à l'heure du coucher et retiré selon l'horaire ».

Une IAA et un gestionnaire des soins aux personnes résidentes ont reconnu que les directives relatives à l'utilisation de l'appareil de traitement fournies au personnel n'étaient pas claires.

Ne pas fournir de directives claires au personnel pour l'utilisation de l'appareil de traitement ne présentait aucun risque pour la personne résidente.

L'ordonnance d'un médecin pour l'utilisation de l'appareil de traitement 24 heures sur 24 à chaque quart de travail a été émise le 20 juin 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

Sources : Observations; dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 juin 2024
[000860]

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (8) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes aient un accès pratique et immédiat au programme de soins de ces dernières.

Justification et résumé

1) Le 10 juin 2024, une copie imprimée des recommandations de traitement a été placée dans la chambre d'une personne résidente. Les recommandations n'étaient pas incluses dans le programme de soins et le cardex de la personne résidente.

Une PSSP a mentionné qu'elle s'en remettait au programme de soins écrit et au cardex pour les directives relatives aux soins de la personne résidente. Elle a confirmé que les recommandations n'étaient pas dans le cardex ou le programme de soins de la personne résidente et qu'elle n'y avait pas un accès pratique et immédiat. Le gestionnaire des soins aux personnes résidentes a mentionné que les recommandations auraient dû être incluses dans le programme de soins de la 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

Ne pas veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente aient un accès pratique et immédiat aux recommandations de traitement pourrait avoir augmenté le risque que le personnel ne fournisse pas des soins appropriés à la personne résidente.

Le 24 juin 2024, les recommandations de traitement ont été mises à jour dans le programme de soins et le cardex de la personne résidente.

Sources : Observations; dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 24 juin 2024
[000860]

Justification et résumé

2) Un calendrier de transfert placé dans la chambre d'une personne résidente le 10 juin 2024 n'était pas inclus dans le programme de soins de cette dernière.

Quatre membres du personnel ont confirmé que le calendrier de transfert aurait dû être inclus dans le programme de soins de la personne résidente afin de permettre un accès pratique et immédiat.

Ne pas fournir au personnel un accès pratique et immédiat au calendrier de transfert de la personne résidente a pu augmenter le risque que le personnel ne fournisse pas les bons soins à la personne résidente.

Le 20 juin 2024, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour en fonction de son calendrier de transfert.

Sources : Observations; dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 juin 2024
[000860]

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 : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 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 aient été fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin d'une aide totale pour manger. Une PSSP a servi une boisson chaude à la personne résidente dans sa chambre et a laissé cette dernière sans surveillance. Cela a entraîné une blessure.

La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas passé en revue le programme de soins de la personne résidente et qu'elle ne savait pas que cette dernière avait besoin d'une aide totale pour manger. Une infirmière autorisée a confirmé que la personne résidente n'aurait pas dû être laissée sans surveillance avec la boisson chaude.

Le fait que le personnel n'ait pas suivi les soins décrits dans le programme de soins de la personne résidente a occasionné une blessure à cette dernière.

Sources : Examen du rapport d'incident critique (IC); dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec le personnel. [741670]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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° 004 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 veillé à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner un cas de négligence envers une personne résidente qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à cette dernière fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ceux-ci étaient fondés.

Justification et résumé

Une plainte écrite portant sur plusieurs incidents liés à une sonnette d'appel hors de la portée d'une personne résidente a été reçue par le foyer à une date précise. Un rapport d'incident critique (IC) faisant état d'un cas allégué de négligence envers la personne résidente en lien avec les incidents a été soumis au ministère après les heures de bureau le même jour. On n'a pas appelé au numéro à joindre après les heures de bureau du ministère des Soins de longue durée.

L'administratrice a reconnu qu'on aurait dû appeler au numéro à joindre après les heures de bureau du ministère des Soins de longue durée afin de signaler le cas au 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

Ne pas appeler au numéro à joindre après les heures de bureau du ministère des Soins de longue durée pour signaler au directeur un cas allégué de négligence envers une personne résidente a eu peu de répercussions sur cette dernière.

Sources : Examen du rapport d'IC; entretien avec l'administratrice.
[741670]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect : de la sous-disposition 3 i du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel portant sur les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse écrite fournie à une personne lui ayant adressé une plainte relativement à un cas allégué de négligence envers une personne résidente comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, les heures de service de ce dernier, ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

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

Une plainte écrite portant sur un cas allégué de négligence envers une personne résidente a été reçue par le titulaire de permis. Le foyer a répondu à cette plainte par écrit.

La lettre de réponse ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, les heures de service de ce dernier et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

L'administratrice du foyer a reconnu que les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients auraient dû être incluses dans la lettre de réponse envoyée à l'auteur de la plainte.

Sources : Examen du rapport d'IC; entretien avec l'administratrice.
[741670]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Une ordonnance du médecin a été donnée pour l'administration d'un médicament après qu'une personne résidente s'est blessée. Le médicament prescrit dans 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^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

nouvelle ordonnance n'a pas été administré à la personne résidente durant deux jours.

Une IAA a reconnu que l'ordonnance du médecin aurait dû être transcrite immédiatement et qu'on aurait dû commencer à administrer le médicament à la personne résidente dès le lendemain. Le gestionnaire des soins aux personnes résidentes a reconnu que le foyer n'avait pas respecté l'ordonnance prescrite par le médecin.

En n'administrant pas le médicament à une personne résidente conformément aux directives d'utilisation précisées par le médecin, l'état de la personne résidente pourrait ne pas avoir été géré efficacement.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le personnel.

[741670]