Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
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
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 avril 2025

Numéro d'inspection : 2025-1453-0002

Type d'inspection :
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Broadview Foundation

Foyer de soins de longue durée et ville : Chester Village, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 1er au 4, du 7 au 11 et les 14 et 15 avril 2025.

L'inspection a permis de fermer les demandes de suivi d'un ordre de conformité qui suivent :
Demande nº 00136159 – Suivi nº 1 – Article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22.
Demande nº 00139736 – Suivi nº 1 – Article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspection concernait les demandes liées à des incidents critiques (IC) suivantes :
– Demande nº 00137961 [IC nº 2970-000002-25], liée à une blessure d'une personne résidente non liée à une chute.
– Demande nº 00138510 [IC nº 2970-000004-25], liée à l'éclosion d'une maladie.
– Demande nº 00138798 [IC nº 2970-000005-25], liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
– Demande nº 00141346 [IC nº 2970-000007-25], liée à une chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

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, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :
– Demandes nº 00137862 [IC nº 2970-000001-25], nº 00143410 [IC nº 2970-000009-25], liées à des incidents de chute de personnes résidentes ayant entraîné des blessures.

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, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :
Ordre nº 001 de l'inspection nº 2024-1453-0004 en vertu de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22
Ordre nº 001 de l'inspection nº 2025-1453-0001 en vertu de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

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
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)
Programme de soins
Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

À une date donnée, le médecin a demandé un test de diagnostic pour évaluer une personne résidente en raison d'un changement dans son état de santé. Les infirmières n'ont pas fait le suivi de cette ordonnance, ce qui a entraîné un retard dans la réalisation du test. À la suite du test de diagnostic, la personne résidente a reçu un diagnostic de problème de santé qui nécessitait une autre intervention.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel du foyer.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité nº 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programmes obligatoires
Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :
4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de son programme de gestion de la douleur lorsqu'une infirmière autorisée (IA) n'a pas réalisé l'évaluation de la douleur d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que la politique écrite élaborée pour le programme de gestion de la douleur soit respectée lorsqu'une personne résidente manifeste de la douleur.

Plus précisément, la politique du programme de gestion de la douleur du foyer prévoyait que le personnel infirmier autorisé devait collaborer avec la personne résidente pour évaluer la douleur au moyen d'un outil approprié sur le plan clinique lorsque cette dernière exprime des préoccupations quant à sa douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec le personnel du foyer; politique du programme de gestion de la douleur.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections – Surveillance des symptômes

Problème de conformité nº 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

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, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'une personne résidente soient consignés à chaque quart de travail lorsque cela était indiqué. Les évaluations ou les symptômes de la personne résidente n'ont pas été consignés dans la section des notes d'évolution de PointClickCare pour six quarts de travail de la période indiquée.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; liste de cas d'éclosion de l'incident critique 2970-000004-25; entretien avec le personnel du foyer.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Problème de conformité nº 004 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit :
1. Donner une formation à une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) précise sur le programme de soins en lien avec l'intervention de prévention des chutes pour une personne résidente donnée.
2. Donner une formation à une PSSP précise sur la politique et les attentes du titulaire du permis en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes de soins des personnes résidentes.
3. Conserver un registre de la formation pour les étapes 1 et 2 comprenant le contenu abordé, la date, les noms des membres du personnel formés et le ou les noms du ou des membres du personnel ayant donné la formation.

4. Réaliser des vérifications, au moins deux fois par semaine pendant le quart de jour sur une période de deux semaines, des interventions de prévention des chutes d'une personne résidente précise afin de s'assurer que les interventions sont en place conformément à son programme de soins.
5. Conserver un registre des vérifications énoncées à l'étape 4 comprenant la date de la vérification, le nom de la personne l'ayant effectuée, le nom du membre du personnel visé par la vérification, les résultats de chaque vérification et les mesures prises en réponse aux conclusions de la vérification.
6. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour s'assurer que les infirmières d'agence sont informées de la politique et des attentes du foyer en matière d'élaboration, d'actualisation et de mise en œuvre des programmes de soins des personnes résidentes, y compris un processus d'identification des personnes résidentes présentant un risque élevé pour les infirmières d'agence, et définir les rôles et les responsabilités du personnel lors de l'orientation des nouvelles infirmières d'agence au foyer.
7. Conserver un registre du plan d'action, du processus d'identification des personnes résidentes présentant un risque élevé pour les infirmières d'agence, et des rôles et responsabilités du personnel lors de l'orientation des nouvelles infirmières d'agence.
8. Conserver un dossier de formation en cours d'emploi pour chaque nouvelle infirmière d'agence recevant une orientation sur l'identification des personnes résidentes à haut risque et sur la politique et les attentes du foyer en matière d'élaboration, d'actualisation et de mise en œuvre des programmes de soins des personnes résidentes.

Motifs

i. À une date donnée, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) d'agence a réalisé une intervention qui allait à l'encontre des directives du programme de soins. Par conséquent, la personne résidente a eu une réaction indésirable et a eu besoin d'une intervention et d'un traitement immédiats.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec l'IAA d'agence.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente relativement à ses interventions de prévention des chutes lui soient fournis, tel que le précisait le programme.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'interventions de prévention des chutes précises. Toutefois, une observation a révélé que ces interventions n'étaient pas en place. Une PSSP a confirmé que les interventions prévues n'étaient pas en place. Le physiothérapeute a reconnu que l'absence de ces interventions augmentait le risque de chute de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 004 soit correctement mis en œuvre a exposé celle-ci à un risque de chute et de blessure.

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 13 juin 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) 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, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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).

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit :
1. Donner une formation à deux PSSP précises sur les pratiques exemplaires et les attentes en matière d'hygiène des mains et d'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI).
2. Donner à l'ensemble du personnel d'une unité précise une formation sur la procédure suivie par le foyer pour le maintien des réserves d'EPI pour les chambres de personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires.
3. Conserver un registre des formations énoncées aux étapes 1 et 2 comprenant le contenu abordé, la date, les noms des membres du personnel formés et le ou les noms du ou des membres du personnel ayant donné la formation.
4. Effectuer des vérifications des pratiques en matière d'hygiène des mains et d'utilisation de l'EPI de deux PSSP précises, au moins deux fois par semaine, sur une période de deux semaines.
5. Effectuer des vérifications des réserves d'EPI pour les chambres faisant l'objet de précautions supplémentaires d'une unité précise, au moins quatre fois par semaine, sur une période de deux semaines, pendant les quarts de jour et de soir.
6. Conserver un registre des vérifications énoncées aux étapes 4 et 5 comprenant la date de la vérification, le nom de la personne l'ayant effectuée, le nom du membre du personnel visé par la vérification, les résultats de chaque vérification et les mesures prises en réponse aux conclusions de la vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) délivrée par le directeur.

i. Plus précisément, le point f) de l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023) prévoit qu'au minimum, les précautions supplémentaires comportent des exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Une PSSP a été observée sur le point d'entrer dans la chambre d'une personne résidente dont la porte comportait une affiche concernant les précautions supplémentaires et mentionnant des précautions contre la transmission par contact de gouttelettes, exigeant précisément de porter une blouse d'isolement, un écran facial/des lunettes de protection, un masque et des gants avant d'entrer dans la chambre. La PSSP a sauté la première étape de l'hygiène des mains avant d'enfiler la blouse d'isolement et ne portait pas d'écran facial/de lunettes de protection avant d'entrer dans la chambre.

En outre, une PSSP a été observée quittant la chambre d'une personne résidente dont la porte comportait une affiche de précautions contre la transmission par contact de gouttelettes. La PSSP a sauté l'étape de l'hygiène des mains lorsqu'elle a retiré son EPI, notamment après avoir retiré son masque et avant d'en mettre un nouveau provenant du panier d'EPI.

Le fait de ne pas avoir respecté les étapes appropriées du port et du retrait pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires a augmenté le risque de propagation d'infection.

Sources : Observations; politique en matière d'EPI; entretiens avec le personnel du foyer.

ii. Plus précisément, la section 6.2 mentionne que « le titulaire de permis met des EPI à la disposition et à la portée des visiteurs essentiels, selon l'objectif de leur visite et leur niveau de risque, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ».

Une personne résidente faisait l'objet de précautions contre la transmission par contact de gouttelettes, et des fournitures d'EPI ont été mises à disposition dans un panier jaune d'EPI accroché dans sa chambre ainsi que dans un chariot dans le couloir. Il n'y avait pas d'écrans dans le panier ou le chariot; par conséquent, un fournisseur de services externe est entré dans la chambre de la personne résidente sans en porter un.

Une IAA a reconnu que des écrans auraient dû être disponibles pour la personne résidente faisant l'objet de précautions contre la transmission par contact de gouttelettes et qu'il n'y avait pas d'écrans dans le panier ou le chariot.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des réserves d'EPI soient disponibles a fait qu'un visiteur est entré sans écran dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, ce qui l'a exposé au risque de contracter et de propager une infection.

Sources : Observations; politique sur l'EPI; entretiens avec le personnel du foyer.

iii. Plus précisément, la section 10.1 mentionne que « le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool à 70-90 %. Le désinfectant pour les mains à base d'alcool doit être facilement accessible aux points de service et dans les autres aires communes et réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs à une personne résidente doit avoir un accès immédiat à du désinfectant pour les mains à base d'alcool à 70-90 %. »

Lorsqu'elle a quitté la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, une PSSP a utilisé une lingette désinfectante contenant du peroxyde d'hydrogène à 0,5 % pour se nettoyer les mains lors du retrait de l'EPI, plutôt qu'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle a reconnu qu'elle n'utilisait pas le produit approprié lors de l'hygiène des mains, ce qui entraînait un risque de propagation d'infection.

Le fait de ne pas effectuer l'hygiène des mains avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool en quittant une chambre faisant l'objet de précautions supplémentaires a augmenté le risque de transmission d'infection.

Sources : Observations; politique d'hygiène des mains; entretiens avec le personnel du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 mai 2025.

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, 5e 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, 5e 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, 8e 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;
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.

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, 5e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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, 9e 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, 8e 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.