

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 3 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1528-0003

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Ina Grafton Gage Home of Toronto

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Ina Grafton Gage Home, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 7, 8, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21 et 22 novembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 19 novembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00131294 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Normes de dotation, de formation et 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion des choix de la personne résidente quant aux membres du personnel qui lui sont affectés.

**Justification et résumé**

Une allégation de mauvais traitements a été formulée contre un membre du personnel qui se serait adressé de façon inappropriée à une personne résidente. Cette personne a été retirée de la prise en charge de la personne résidente, mais il a recommencé à lui prodiguer des soins peu après.

Le gestionnaire de soutien en cas de troubles du comportement a déclaré que la personne résidente ne souhaitait pas que ce membre du personnel initial lui prodigue des soins, car elle ne réagissait pas positivement. Il a confirmé que le foyer

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

n'avait pas donné suite à la réaffectation du personnel et n'avait donc pas respecté le choix de la personne résidente.

Le fait de ne pas respecter le choix d'une personne résidente a nui à son bien-être.

**Sources :** Notes d'évolution d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le gestionnaire de soutien en cas de troubles du comportement et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

### **Non-respect : de la sous-disposition 19 iv du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter le caractère confidentiel des renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes.

### **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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

i). Un rapport d'inspection du titulaire de permis a été affiché dans un endroit public. Le directeur général a reconnu que les rapports des titulaires de permis ne devaient pas être affichés publiquement, car ils contiennent des renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes.

**Sources :** Observation et entretien avec le directeur général.

**Justification et résumé**

ii). Un écran d'ordinateur a été laissé sans surveillance et affichait les renseignements personnels sur la santé et les médicaments d'une personne résidente. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reconnu que l'écran affichant ces informations devait être verrouillé lorsque l'IAA n'est pas à son poste.

Le défaut de garantir que la confidentialité des renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes peut entraîner une violation de ces derniers.

**Sources :** Une observation et un entretien avec une IAA.

**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 : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins à une personne résidente soit documentée.

**Justification et résumé**

Selon les dossiers d'une personne résidente, la prestation d'une activité de la vie quotidienne (AVQ) n'avait pas été documentée. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ne se souvenait pas où elle aurait pu consigner cette information.

Le fait de ne pas documenter les soins prodigués à une personne résidente peut accroître le risque que ces soins soient incohérents.

**Sources :** Dossiers d'une personne résidente et entretiens avec une PSSP et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence**

Problème de conformité n° 004 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

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.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

**Justification et résumé**

Le gestionnaire de l'informatique clinique et responsable de la qualité a reçu un rapport indiquant que de mauvais traitements avaient été infligés à une personne résidente par un membre du personnel. Le foyer n'a pas déterminé s'il s'agissait d'une allégation de mauvais traitements, n'en a pas fait immédiatement rapport ou n'a pas mené d'enquête à ce sujet.

Après que l'inspectrice ou l'inspecteur lui a fait part de l'allégation, le foyer a signalé l'incident au directeur et a commencé une enquête sur les mauvais traitements deux semaines après l'allégation initiale. La directrice des soins a confirmé que le foyer n'avait pas respecté sa politique de prévention des mauvais traitements.

En ne respectant pas cette politique, le foyer a limité sa capacité à mettre en place des interventions ou des mesures pour protéger la personne résidente contre d'éventuels mauvais traitements.

**Sources :** Notes d'évolution d'une personne résidente, politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence (*Abuse and Neglect Policy*), révisée pour la dernière fois le 3 avril 2024, notes d'enquête du foyer, et entretiens avec la personne résidente, la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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 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 que le personnel qui avait des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente subissait des mauvais traitements fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

**Justification et résumé**

Le gestionnaire de l'informatique clinique et responsable de la qualité a reçu un rapport indiquant que de mauvais traitements avaient été infligés à une personne résidente par un membre du personnel. Il savait que c'était une allégation qui devait être signalée au directeur. Il a immédiatement informé le directeur général, qui avait eu une conversation avec une infirmière-conseil. Le directeur n'en a été informé que deux semaines plus tard, lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur lui en a fait part.

Le défaut de faire immédiatement rapport d'une allégation de mauvais traitements au directeur a exposé la personne résidente au risque de continuer à subir de mauvais traitements, car le directeur n'était pas au courant de la situation et donc incapable d'exercer une surveillance.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Notes d'évolution d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente, le gestionnaire de l'informatique clinique et responsable de la qualité, et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur 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 : du paragraphe 43 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins  
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins et de donner suite aux résultats qui en découlent.

### **Justification et résumé**

Le président du conseil des personnes résidentes et le président du conseil des familles ont indiqué que le foyer ne leur avait pas demandé conseil pour ce qui est de réaliser le sondage ou de donner suite aux résultats qui en découlaient. Il n'y a aucune preuve de cet état de fait dans les procès-verbaux des réunions du conseil des personnes résidentes pour 2023 et 2024, pas plus que dans les procès-verbaux des réunions du conseil des familles. Les adjoints des conseils des personnes résidentes et des familles ont confirmé qu'ils n'avaient pas connaissance de 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

participation des conseils à la réalisation du sondage ou des mesures prises par le foyer.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du conseil des personnes résidentes et du conseil des familles, entretiens avec les présidents de ces deux conseils et leurs adjoints.

## **AVIS ÉCRIT : Conseil des résidents**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 63 (3) de la *LRSLD* (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des résidents de sujets de préoccupation.

### **Justification et résumé**

Le 21 mars 2024, le conseil des personnes résidentes a exprimé son inquiétude face au manque de respect et de dignité, à l'absence d'hygiène des mains lors des repas et au fait que les personnes résidentes ne bénéficiaient pas d'un nettoyage suffisant pendant les douches. Selon le procès-verbal de la réunion du 18 avril 2024, ces préoccupations ont été documentées dans un formulaire de réponse du service à la clientèle daté du 21 mars 2024. Était également joint un compte rendu d'une séance

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

de discussion ouverte du 12 avril 2024, au cours de laquelle certaines de ces préoccupations ont fait l'objet de discussions avec le personnel.

L'adjoint du conseil des personnes résidentes a mentionné qu'il consigne les préoccupations du conseil des personnes résidentes, le cas échéant, dans un formulaire de réponse du service à la clientèle. Selon le formulaire rempli daté du 1<sup>er</sup> avril 2024, la mesure à prendre consistait à planifier la prestation des services au personnel et à effectuer des vérifications de l'hygiène des mains. La section du formulaire prévue pour la réponse à l'auteur de la plainte (*Response to the Complainant*) était vide. L'adjoint du conseil des personnes résidentes a confirmé que le foyer n'avait pas répondu par écrit aux préoccupations du conseil dans un délai de 10 jours.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du conseil des personnes résidentes et entretiens avec le président et l'adjoint du conseil des personnes résidentes.

## **AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements**

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 85 (3) c) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

**Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas trouvé la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes dans l'aire où les autres politiques du foyer étaient affichées publiquement. Le directeur général n'a pas été en mesure de démontrer où se trouvait cette politique dans le foyer.

En ne veillant pas à ce que cette politique soit affichée, il se peut que les visiteurs ne connaissent pas les politiques et procédures de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes.

**Sources** : Observation et entretien avec le directeur général.

**AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte donnant sur une aire de sortie du foyer et les portes auxquelles les personnes résidentes n'ont pas accès soient gardées verrouillées.

**Justification et résumé**

i). Une porte donnant sur la terrasse du rez-de-chaussée n'était pas verrouillée. Cette aire n'était pas sécurisée à l'extérieur, car elle permettait de sortir du périmètre de l'établissement. Le directeur général a déclaré que des personnes résidentes utilisaient cette porte pour sortir de l'établissement et fumer.

**Sources** : Observation et entretien avec le directeur général.

**Justification et résumé**

ii). La porte d'une salle de douche n'était pas verrouillée. L'affichage sur la porte indiquait qu'elle devait être verrouillée en tout temps. Une infirmière gestionnaire a déclaré qu'il fallait bien fermer la porte pour qu'elle soit verrouillée et que le personnel d'entretien devait y prêter une attention particulière.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une porte soit verrouillée en tout temps peut entraîner la fuite d'une personne résidente ou causer un préjudice potentiel.

**Sources** : Observations et un entretien avec l'infirmière gestionnaire.

**AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher un accès non supervisé par les personnes résidentes, et doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une porte donnant sur une aire non résidentielle soit gardée fermée et verrouillée quand elle n'était pas supervisée par le personnel.

**Justification et résumé**

La porte d'une salle de médicaments était maintenue déverrouillée à cause de la bande velcro de sécurité incendie qui la recouvrait. Une IAA a déclaré qu'il y avait des médicaments à l'intérieur de cette pièce auxquels les personnes résidentes ne devaient pas avoir accès et que la porte aurait donc dû être gardée verrouillée.

Le défaut de veiller à ce que les portes donnant sur une aire non résidentielle soient gardées fermées et verrouillées peut faire en sorte que des personnes résidentes aient accès à ces aires sans surveillance.

**Sources** : Une observation et un entretien avec une IAA.

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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

**Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les températures soient maintenues à un minimum de 22 degrés entre différentes périodes de septembre et octobre 2024.

**Justification et résumé**

L'examen des relevés de température ambiante du foyer a montré qu'à plusieurs reprises en septembre et en octobre 2024, la température de l'air était inférieure à 22 degrés dans différentes sections accessibles aux personnes résidentes. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que la température dans ces sections était inférieure à 22 degrés pendant les périodes indiquées dans les relevés de température ambiante en raison des appareils de climatisation placés à proximité, et que le personnel avait ouvert des fenêtres à l'intérieur des chambres des personnes résidentes.

Si la température n'est pas égale ou supérieure à 22 degrés, cela pourrait avoir une incidence sur la qualité de vie des personnes résidentes.

**Sources :** Relevés de température ambiante de septembre et octobre 2024 et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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 1 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante d'une deuxième chambre de personne résidente aux deuxième et troisième étages de l'unité soit mesurée et consignée par écrit.

**Justification et résumé**

Selon un examen des relevés de température ambiante du foyer pour la période de septembre à novembre 2024, une deuxième chambre de personne résidente aux deuxième et troisième étages de l'unité n'avait pas été choisie et la température ambiante n'avait pas été consignée. Le gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'en raison de l'équipement défectueux, il n'a pas été possible de mettre en place un système temporaire pour surveiller la température ambiante dans une deuxième chambre aux deuxième et troisième étages de l'unité.

En ne veillant pas à ce que la température ambiante soit mesurée dans une deuxième chambre, le foyer risquait de ne pas détecter les problèmes potentiels liés à la température ambiante et de ne pas mettre en œuvre les mesures appropriées.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Relevés de température ambiante de septembre à novembre 2024 et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante soit mesurée et consignée par écrit dans les aires communes des personnes résidentes aux premier et deuxième étages.

### Justification et résumé

Selon un examen des relevés de température ambiante du foyer pour la période de septembre à novembre 2024, la température ambiante d'une aire commune des personnes résidentes aux premier et deuxième étages de l'unité n'a pas été consignée. Le gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'en raison de l'équipement défectueux, il n'avait pas été possible d'obtenir la température ambiante dans cette même aire commune.

En ne veillant pas à ce que la température ambiante soit mesurée dans les aires communes des personnes résidentes, le foyer risquait de ne pas détecter les

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

problèmes potentiels liés à la température ambiante et de ne pas mettre en œuvre les interventions appropriées.

**Sources :** Relevés de température ambiante de septembre à novembre 2024 et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

## **AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes visés aux alinéas (1) a) et b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les services infirmiers et les services de soutien personnel.

### **Justification et résumé**

Le foyer n'a pas été en mesure de trouver son plan de dotation en personnel et de le fournir à l'inspectrice ou l'inspecteur. Une infirmière gestionnaire ne pouvait pas non plus fournir le contenu du dernier plan de dotation écrit qui avait fait l'objet d'une évaluation.

Le défaut de veiller à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit peut accroître le risque d'une dotation inadéquate au sein du foyer.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Diverses communications par courriel du foyer à l'inspectrice ou l'inspecteur et entretien avec une infirmière gestionnaire.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 015 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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'évaluation de la lésion de pression d'une personne résidente pendant une semaine déterminée.

### **Justification et résumé**

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a révélé qu'elle présentait une lésion de pression. Une infirmière gestionnaire a confirmé que la blessure de la personne résidente n'avait pas été évaluée au cours d'une semaine donnée.

Le fait de ne pas s'assurer que la blessure de la personne résidente soit évaluée chaque semaine peut réduire les possibilités de mettre en œuvre des interventions efficaces.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec une infirmière gestionnaire.

## AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique relative au programme de gestion de la douleur en ce qui concerne les stratégies de gestion de la douleur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait avoir un programme de gestion de la douleur qui prévoyait des stratégies pour gérer la douleur d'une personne résidente et s'y conformer.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer en matière de gestion de la douleur (*Pain Management*), datée d'avril 2024.

### Justification et résumé

Une personne résidente souffrait de douleurs. Selon la politique du foyer en matière de gestion de la douleur, les patients devaient être aiguillés vers d'autres disciplines pour des consultations plus approfondies liées à leur douleur. L'examen des

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

dossiers de la personne résidente n'a pas permis de démontrer qu'elle avait été aiguillée vers le physiothérapeute.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente ressentait encore plus de douleurs quand elle effectuait une AVQ. Le physiothérapeute a déclaré qu'il n'était pas au courant des douleurs de la personne résidente et que le personnel infirmier ne l'avait pas aiguillée vers lui. Il a confirmé que le personnel infirmier aurait dû l'informer des douleurs qu'elle aurait ressenties pendant l'exécution de l'AVQ.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les disciplines pertinentes soient informées et participent au traitement des symptômes de douleur de la personne résidente peut entraîner des occasions manquées de traiter cette douleur.

**Sources :** Politique du foyer en matière de gestion de la douleur (*Pain Management*), notes d'évolution et évaluations d'une personne résidente, et entretiens avec le physiothérapeute et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique relative au programme de gestion de la douleur en ce qui concerne la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait avoir un programme de gestion de la douleur prévoyant la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et l'efficacité de ces stratégies et s'y conformer.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer en matière de gestion de la douleur (*Pain Management*), datée d'avril 2024.

**Justification et résumé**

Deux personnes résidentes prenaient des médicaments narcotiques à des moments précis. Selon la politique du foyer en matière de gestion de la douleur, les personnes résidentes qui prennent des médicaments narcotiques à des moments précis doivent faire l'objet d'un résumé d'évaluation mensuelle portant sur les mesures de contrôle de la douleur et l'efficacité des analgésiques. L'examen du dossier clinique des deux personnes résidentes n'a pas démontré que cette évaluation avait été faite.

Une IAA a déclaré qu'elle n'était pas au courant de cette section de la politique de gestion de la douleur du foyer. Une infirmière praticienne (IP) a déclaré qu'elle s'attendait à ce que le personnel autorisé remplisse une note d'évolution mensuelle pour les personnes résidentes qui prennent des médicaments narcotiques à des moments précis. L'IP a confirmé que la note n'avait pas été remplie pour ces deux personnes résidentes.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas veiller à une évaluation mensuelle des analgésiques à prendre à des moments précis et réguliers peut entraîner des occasions manquées de mettre en œuvre des mesures de gestion de la douleur plus efficaces.

**Sources :** Politique du foyer en matière de gestion de la douleur (*Pain Management*), dossiers cliniques des deux personnes résidentes et entretien avec une IP et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'utilisation d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque la douleur de la personne résidente n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente souffrait de douleurs. Une IAA a déclaré que la personne résidente recevait des analgésiques qui étaient efficaces dans un premier temps, mais que le médecin ou l'IP devait ensuite procéder à une nouvelle évaluation pour ajuster le dosage, car les médicaments n'étaient pas efficaces.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Une IP a déclaré que le foyer utilisait l'outil clinique d'évaluation de dépistage de la douleur des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. L'IAA ne se souvient pas d'avoir évalué la douleur de la personne résidente à l'aide de l'outil clinique du foyer.

L'IP a déclaré qu'elle s'attendait à ce que le personnel utilise l'outil d'évaluation clinique de la douleur pour répondre aux préoccupations continues de la personne résidente à ce sujet.

Le fait de ne pas utiliser un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique pour analyser plus en profondeur la cause fondamentale de la douleur d'une personne résidente peut entraîner la perte d'occasions de mettre en œuvre des interventions efficaces.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec une IP et d'autres membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 019 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).

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

i). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux IAA d'agence procèdent à l'hygiène des mains conformément aux pratiques habituelles.

Les deux IAA d'agence n'ont pas veillé à se laver les mains conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022. Plus précisément, elles n'ont pas veillé à ce que les quatre moments où il faut se laver les mains soient respectés, comme il est indiqué à l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI.

**Justification et résumé**

Les deux IAA d'agence ont été observées dans des cas distincts d'interaction avec les personnes résidentes et de prestation de médicaments, et elles n'ont pas procédé à l'hygiène des mains par la suite. La personne responsable de la PCI a déclaré que les IA devaient procéder à l'hygiène des mains après l'administration des médicaments à la personne résidente, conformément aux quatre moments où il faut se laver les mains.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'hygiène des mains soit effectuée conformément aux quatre moments où il faut se laver les mains peut entraîner la propagation de maladies infectieuses.

**Sources** : Observations et entretiens avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

ii). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses et les mesures à prendre en cas de maladie infectieuse soient affichées à l'échelle du foyer.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

La personne responsable de la PCI n'a pas veillé à installer les affiches conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022. Plus précisément, elle n'a pas veillé à installer dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne, comme il est indiqué à la section 11.6 Exigences supplémentaires de la Norme de PCI.

**Justification et résumé**

Il a été remarqué que les affiches présentant les signes et les symptômes des maladies infectieuses et les mesures à prendre si une maladie infectieuse était soupçonnée ou confirmée chez une personne n'avaient pas été installées dans tout le foyer. La personne responsable de la PCI n'était pas au courant des exigences de la Norme de PCI concernant l'affichage de ces renseignements dans tout le foyer lorsqu'il n'y a pas d'éclosion.

En ne veillant pas à ce que ces informations soient affichées dans tout l'établissement, le risque de transmission de l'infection au sein du foyer était accru.

**Sources :** Observations dans l'ensemble de l'immeuble et entretien avec la personne responsable de la PCI.

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

Problème de conformité n° 020 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

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'une personne résidente soient consignés pendant plusieurs quarts de travail au cours d'une période de six jours.

**Justification et résumé**

Une personne résidente présentait des symptômes de toux et de congestion et avait été placée en isolement.

L'examen des notes d'évolution a montré que les symptômes ressentis par la personne résidente n'avaient pas été consignés pendant plusieurs quarts de travail sur une période de six jours.

La personne responsable de la PCI a déclaré que le processus de surveillance des personnes résidentes présentant des symptômes actifs dans le foyer consistait à consigner ces informations dans les notes d'évolution de la personne résidente. Elle a confirmé que ce processus n'avait pas été suivi pour cette personne résidente pendant la période indiquée.

La non-documentation des symptômes et des évaluations d'une personne résidente à chaque quart de travail peut retarder la prestation des traitements requis.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Notes d'évolution et évaluations d'une personne résidente, liste des personnes résidentes touchées par la dernière éclosion du foyer et entretien avec la personne responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une IAA entrepose des substances désignées dans un endroit verrouillé à double tour à l'intérieur du chariot à médicaments.

### **Justification et résumé**

Une IAA avait laissé des médicaments narcotiques dans le tiroir inférieur du chariot à médicaments, juste à côté de la poubelle de narcotiques verrouillée à double tour. L'IAA a reconnu que ces médicaments devaient être conservés dans un contenant verrouillé à double tour.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le défaut de veiller à ce que les médicaments narcotiques soient conservés dans un contenant verrouillé à double tour peut entraîner le détournement et l'appropriation illicite de substances désignées.

**Sources** : Une observation et un entretien avec une IAA.

## **AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 022 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

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 d'une personne résidente lui soient administrés conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente n'avait pas évacué de selles pendant cinq jours au cours de deux périodes distinctes.

Selon son registre d'administration des médicaments, la personne résidente devait recevoir des médicaments précis contre la constipation. Ces interventions ne lui ont pas été prodiguées pendant les périodes susmentionnées.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Une IA a déclaré qu'elle n'avait pas le temps de consulter les dossiers des personnes résidentes durant son quart de travail pour voir qui avait besoin des protocoles de facilitation des selles appropriés. L'IA a reconnu que le protocole de facilitation des selles de la personne résidente n'avait pas été suivi de façon appropriée pendant les deux périodes précisées.

Le fait de ne pas veiller à ce que le protocole de facilitation des selles soit administré à la personne résidente comme prévu peut nuire à son état de santé.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente, politique du foyer sur le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence (*Continence Care and Bowel Management Program*) datée de décembre 2023, entretien avec une IA.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 023 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie du rapport sur l'amélioration constante de la qualité soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles.

### **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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Une copie du rapport sur l'amélioration constante de la qualité n'a pas été remise aux présidents du conseil des personnes résidentes et du conseil des familles. Les procès-verbaux des réunions de ces conseils n'indiquaient pas qu'une copie leur avait été remise. Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé qu'il avait bien discuté du rapport sur l'initiative du foyer avec les conseils, mais qu'il ne leur avait pas remis de copie.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du conseil des personnes résidentes et du conseil des familles, entretiens avec les présidents de ces conseils et le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 024 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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.

**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 :

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

1. Former les IAA n° 104, n° 105 et n° 109 sur les politiques de gestion des médicaments du foyer, en particulier les procédures de dénombrement, de signature, d'élimination et d'administration des médicaments narcotiques.
2. Effectuer trois vérifications aléatoires et inopinées dans les unités des premier et deuxième étages en lien avec la documentation des médicaments narcotiques après leur administration, pendant la distribution des médicaments.
3. Effectuer trois vérifications aléatoires et inopinées du dénombrement des médicaments narcotiques dans les unités des premier et deuxième étages pendant le changement de quart du personnel autorisé.
4. Tenir un registre des formations et des vérifications effectuées pour les étapes 1, 2 et 3, y compris la date des vérifications et les personnes ayant participé au processus de formation et d'exécution des vérifications. La vérification doit révéler tout écart entre les pratiques et la politique de gestion des médicaments du foyer (*Medication Management Policy*) et les mesures prises pour y remédier.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique de gestion des médicaments en ce qui concerne l'administration, la destruction et l'entreposage des substances contrôlées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait avoir un programme de gestion des médicaments énonçant les procédures à suivre pour les pratiques médicamenteuses et s'y conformer.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem (*Policies and Procedures Manual for MediSystem Serviced Homes*), datée d'août 2024.

**Justification et résumé**

i). Selon la politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem, les entrées signées de substances contrôlées doivent être effectuées au moment où le médicament est retiré du contenant.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé des dénombrements de médicaments narcotiques différents pour les IAA n° 109 et n° 105. Les deux IAA n'ont pas approuvé tous les médicaments narcotiques qu'elles avaient administrés aux personnes résidentes ce matin-là, avant les observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Les deux IAA ont reconnu que la feuille de dénombrement des narcotiques devait être signée immédiatement après l'administration du médicament narcotique à la personne résidente, conformément aux politiques et procédures du foyer.

**Sources :** Observations, entretiens avec les IAA et politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem (*Policies and Procedures Manual for MediSystem Serviced Homes*), datée d'août 2024.

**Justification et résumé**

ii). Selon la politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem, les médicaments narcotiques éliminés doivent être signés avec un témoin et une explication pour l'élimination doit être fournie.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

L'inspectrice ou l'inspecteur a noté, lors du dénombrement des médicaments narcotiques avec l'IAA n° 105, qu'il y avait des écarts entre le nombre de pilules d'hydromorphone et un emballage de flacons d'hydromorphone figurant sur la feuille de dénombrement.

L'IAA n° 105 a déclaré qu'elle avait éliminé une dose de la pilule et du flacon d'hydromorphone avec l'IAA n° 104, mais qu'elle n'avait pas eu le temps de consigner l'élimination sur la feuille de dénombrement des médicaments narcotiques associée.

**Sources :** Observations, entretien avec les IAA et politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem (*Policies and Procedures Manual for MediSystem Serviced Homes*), datée d'août 2024.

**Justification et résumé**

iii). Selon la politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem, la meilleure pratique consiste à demander à deux infirmières de compter et de documenter tous les médicaments narcotiques au moment du changement de quart.

L'IAA n° 104 avait dénombré les médicaments narcotiques lors du changement de quart avec l'infirmière du quart précédent. Ce dénombrement n'avait pas été consigné sur les feuilles de dénombrement des médicaments narcotiques de la personne résidente lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur les a examinées.

Le fait de ne pas veiller à ce que les pratiques d'administration, d'élimination, de documentation et de dénombrement des médicaments narcotiques soient conformes aux politiques et procédures de gestion des médicaments du foyer peut entraîner un détournement et une administration inexacte desdits médicaments.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observation, entretien avec une IAA et politique du foyer sur le manuel des politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem (*Policies and Procedures Manual for MediSystem Serviced Homes*), datée d'août 2024.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 mars 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Orientation**

Problème de conformité n° 025 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 259 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

- a) l'hygiène des mains;
- b) les modes de transmission des infections;
- c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;
- d) l'étiquette respiratoire;
- e) les mesures à prendre en cas de symptômes de maladie infectieuse;
- f) les pratiques de nettoyage et de désinfection;
- g) l'utilisation d'équipement de protection individuelle, y compris les techniques appropriées d'enfilage et de retrait;
- h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**L'inspectrice ou l'inspecteur donne l'ordre au titulaire du permis de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan visant à assurer sa conformité au paragraphe 259 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) b) :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un programme visant à garantir que le foyer identifie et met en œuvre un processus garantissant que l'orientation et le recyclage annuel subséquent des sujets de PCI obligatoires soient couverts.

Le plan doit comprendre, entre autres, ce qui suit :

1. Élaborer une méthode écrite normalisée pour former tous les membres du personnel, y compris le personnel d'agence, au moment de leur embauche et par la suite chaque année sur les sujets suivants de la PCI : l'hygiène des mains, les modes de transmission des infections, les signes et symptômes de maladies infectieuses, l'étiquette respiratoire, les mesures à prendre en cas de symptômes de maladie infectieuse, les pratiques de nettoyage et de désinfection, l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris les procédures adéquates pour l'enfiler et l'enlever, et la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'EPI usagé.
2. Un processus écrit précis pour le stockage des dossiers écrits de toutes les formations de PCI suivies par le personnel, et qui peut être facilement obtenu par les personnes appropriées dans le foyer.
3. Un responsable désigné pour superviser l'ensemble du processus de formation sur les pratiques de PCI du foyer pour le personnel et la tenue des dossiers. Si la personne désignée n'est pas disponible pour quelque raison que ce soit, il faudra désigner un remplaçant pour superviser le processus.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

4. Une méthode écrite permettant de faire le suivi des formations sur la PCI fournies à l'ensemble du personnel, y compris celui d'agence, qui ont été suivies pendant l'orientation et par la suite chaque année. Elle doit également indiquer la marche à suivre pour assurer le suivi des membres du personnel, y compris ceux d'agence, qui n'ont pas terminé leur formation annuelle ou d'orientation en matière de PCI dans les délais prescrits.

5. La ou les personnes responsables de la coordination des étapes 1 à 4 et le moment où elles seront terminées, le cas échéant.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité pour l'inspection no 2024-1528-0003 par courriel à [torontodistrict.mlrc@ontario.ca](mailto:torontodistrict.mlrc@ontario.ca) avant le 17 janvier 2025.

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

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'IAA d'agence n° 116 et la PSSP n° 114 aient reçu une formation requise sur les sujets de PCI.

**Justification et résumé**

i). Le foyer a été incapable de produire le contenu de la formation suivie par l'IAA d'agence n° 116 à l'issue de sa dernière formation annuelle de recyclage sur la PCI dans la région de Peel. La directrice des soins a déclaré qu'elle ne pouvait pas confirmer le contenu de cette formation.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Courriels et communications avec la personne responsable de la PCI et la directrice des soins, examen de la dernière formation annuelle sur la PCI dispensée par Surge Learning à l'IAA d'agence n° 116.

**Justification et résumé**

ii) La PSSP n° 114 a déclaré qu'elle ne se souvenait pas de la dernière fois où elle avait reçu une formation sur les sujets de PCI suivants : la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'EPI usagé, et l'étiquette respiratoire.

L'examen du contenu de la dernière formation suivie par la PSSP dans Surge Learning, au regard de la formation annuelle sur la PCI, a révélé que les sujets suivants n'étaient pas couverts : les signes et symptômes des maladies respiratoires, l'étiquette respiratoire, les pratiques de nettoyage et de désinfection, et la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques.

La personne responsable de la PCI a confirmé que la formation annuelle dispensée par Surge Learning au foyer ne couvrait pas tous les sujets requis en matière de PCI, comme l'exige la loi.

Le fait de ne pas veiller à ce que les membres du personnel reçoivent une formation annuelle appropriée en matière de PCI peut accroître le risque qu'ils ne mettent pas en œuvre de pratiques de PCI appropriées.

**Sources :** Entretiens avec la PSSP n° 114 et la personne responsable de la PCI, contenu de la formation annuelle sur la PCI dispensée par Surge Learning au foyer.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 mars 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, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**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<sup>e</sup> 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.

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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, lié à l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'une inspectrice ou 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, 5<sup>e</sup> 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, 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).