

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Rapport public initial**Date d'émission du rapport** : 30 juillet 2024**Numéro d'inspection** : 2024-1359-0003**Type d'inspection** :
Incident critique (IC)
Suivi**Titulaire de permis** : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé
commandité de 2063414 Investment LP**Foyer de soins de longue durée et ville** : Weston Terrace Community,
Toronto**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 23, 24, 25 et 26 juillet 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00111098 - suivi de l'ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2024-1359-0002 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(2)b) prescrivant une date de conformité du 24 avril 2024.
- Plainte : n° 00112304/IG n° 2874-000019-24 concernant le décès inattendu d'une personne résidente.
- Plainte : n° 00119489/IG n° 2874-000040-24 concernant l'éclosion d'une maladie.
- Plainte : n° 00115607/IG n° 2874-000028-24, plainte : n° 00115878/IG n° 2874-000031-24 et plainte : n° 00120069/IG n° 2874-000043-24 liées à une chute causant des blessures.

Les inspections effectuées concernaient :

- Plainte : n° 00113441/IG n° 2874-000021-24 et plainte : n° 00116384/IG n° 2874-000032-24 concernant l'éclosion d'une maladie.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1359-0002 relativement à la disposition 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Trudy Rojas-Silva (000759)

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

Soins et services de soutien aux personnes résidente (Resident Care and Support Services)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 6(11)b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'efficacité d'une mesure de prévention des chutes soit évaluée et que différentes approches soient prises en considération lors de la révision du programme de soins d'une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Justification et résumé :

Une personne résidente a été observée dans la salle de télévision n'utilisant pas un dispositif de prévention des chutes qui lui était destiné. La personne résidente a retiré le dispositif de prévention des chutes à plusieurs reprises après que le personnel a tenté de l'appliquer à nouveau durant l'observation.

L'examen du programme de soins de la personne résidente a révélé que ce dernier aurait dû bénéficier d'un dispositif spécial de prévention des chutes et qu'il avait besoin de rappels pour le maintenir en place, car il l'enlèverait. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reconnu que la personne résidente retirait souvent le dispositif de prévention des chutes et que l'intervention aurait dû être réévaluée.

Le fait de ne pas réévaluer l'efficacité des mesures de prévention des chutes et de ne pas envisager différentes approches pour mettre à jour le programme de soins relatif aux chutes de la personne résidente a augmenté son risque de chutes.

Sources : Observations; entretien avec l'IAA; dossier clinique du résident.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect de : la disposition 55(2)b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

par. 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 :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, il se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé :

Une personne résidente a présenté une altération de la peau à la suite d'un incident.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'une évaluation de la peau n'avait pas été effectuée après l'incident ayant causé l'altération de la peau. L'IAA a reconnu qu'elle n'avait pas effectué d'évaluation de la peau et qu'elle aurait dû le faire après l'incident.

L'absence d'évaluation de la peau et des plaies après l'incident a augmenté le risque de retard dans les interventions et la prise en charge de l'altération cutanée.

Sources : Entretien avec le DASI; dossier clinique de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

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

Services d'entretien

art. 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit : b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'équipement utilisé pour la prévention des chutes soit maintenu en bon état pour une personne résidente.

Justification et résumé :

Une personne résidente est tombée et s'est blessée.

La personne résidente a été observée en train d'utiliser son appareil d'assistance dans sa chambre.

Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont aidé la personne résidente à se relever et il a alors été noté que l'équipement utilisé ne fonctionnait pas.

Une PSSP a manipulé l'équipement, mais n'a pas démontré que l'équipement était en état de marche. Le PSSP a déclaré que l'équipement ne fonctionnait pas.

Le fait de ne pas s'assurer que l'équipement utilisé pour la prévention des chutes était en bon état a entraîné un risque accru de chute et de blessure pour la personne résidente.

Sources : Observation de la personne résidente, entretiens avec les PSSP.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

par. 102(2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :
b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la
prévention et du contrôle des infections. Par. 102 (2) du Règl. de
l'Ont. 246/22

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

Plus précisément, l'article 4.3 de la norme de PCI pour les foyers de
soins de longue durée stipule que le titulaire de permis doit
s'assurer qu'après la résolution d'une éclosion, l'équipe de gestion
de l'éclosion et l'équipe interdisciplinaire de PCI tiennent une
réunion-bilan pour évaluer les pratiques de PCI qui ont été efficaces
et inefficaces dans la gestion de l'éclosion. Un résumé des
conclusions est établi et contient des recommandations à l'intention
du titulaire de permis en vue d'améliorer les pratiques de gestion des
foyers.

Justification et résumé :

Le responsable de PCI a informé l'inspecteur qu'une fois qu'une
épidémie a été résolue dans le foyer, il n'y a pas de réunion-bilan
avec l'équipe de gestion de l'éclosion et l'équipe interdisciplinaire
de PCI. Le responsable de PCI a déclaré que, pour les trois
différentes éclosions qui ont été résolues précédemment, il n'y a pas
eu de réunion-bilan pour évaluer les pratiques de PCI qui ont été
efficaces et inefficaces dans la gestion de celles-ci. En outre, il
n'existe aucun résumé des conclusions qui recommande au titulaire de
permis des améliorations concernant la gestion des éclosions, une fois
que celles-ci ont été résolues.

Le fait que le foyer ne se soit pas conformé à l'obligation de tenir
des réunions-bilans une fois qu'une éclosion a été résolue a mis en
péril la gestion du 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^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Entretien avec le responsable de PCI, absence de comptes rendus sur la résolution des éclosions.

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports sur les incidents graves

115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé du décès inattendu ou soudain d'une personne résidente.

Justification et résumé :

Une personne résidente a été transférée à l'hôpital cinq jours après son admission au foyer. La personne résidente est décédée à l'hôpital et le foyer a été informé de son décès cinq jours après l'hospitalisation.

L'examen du rapport après les heures de travail et de l'incident grave indique que le directeur a été informé d'un décès inattendu ou soudain deux jours après que le foyer en a eu connaissance.

Le directeur des soins infirmiers et l'infirmière autorisée ont reconnu que la mort soudaine ou inattendue devait être signalée immédiatement au directeur, ce qui n'a pas été le cas.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Sources : Examen du rapport d'incident grave et du rapport après les heures de travail, notes d'évolution de la personne résidente; entretien avec le DSI et l'infirmière autorisée.