

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 13 juin 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1528-0006

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**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 : 9, 10, 11 et 13 juin 2025.

Les inspections concernaient :

- Signalement : no 00143423, relatif au suivi de l'ordonnance de conformité (OC) no 001 concernant l'obligation de faire rapport de certaines questions à la directrice ou au directeur.
- Signalement : no 00143422 concernant le suivi de l'OC no 002 pour la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels.
- Signalement : no 00148129 – rapport du Système d'incidents critiques (SIC) no 3034-000013-25, portant sur la prévention et la gestion des chutes.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2025-1528-0004 relativement à la disposition 77 (1) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2025-1528-0004 relativement à la disposition 28 (1) de la LRSLD (2021) 3.

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

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect de : la disposition 115 (5) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur les incidents graves

115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident notamment :
  - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'inclusion d'une préposée ou d'un préposé aux services de soutien personnels (PSSP) dans le rapport du Système d'incidents critiques (SIC) remis à la directrice ou au directeur. Une personne résidente a été trouvée par une ou un PSSP après avoir subi une chute, ce qui a ensuite entraîné son transfert à l'hôpital et le diagnostic d'une blessure. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) par intérim a confirmé que la ou le PSSP aurait dû figurer dans ce rapport du SIC.

Le 11 juin 2025, le rapport du SIC (no 3034-000013-25) a été modifié afin d'inclure le nom de la ou du PSSP.

**Sources :** Examen du rapport du SIC no 3034-000013-25 et des entretiens avec une ou un PSSP ainsi que la ou le DSI par intérim.

Date de mise en œuvre de la rectification : 11 juin 2025

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Programme de soins

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 la collaboration du personnel dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente, plus précisément en ce qui concerne une intervention de prévention des chutes.

Une personne résidente, de retour au foyer après une hospitalisation, devait bénéficier d'interventions de prévention des chutes dès son retour. Cependant, la gestionnaire infirmière adjointe (GIA) avait tout simplement demandé au personnel du quart suivant d'appliquer cette **intervention**. La ou le PSSP n'a pas avisé l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) au moment opportun pour l'application de l'intervention de prévention des chutes pour la personne résidente. La ou le PSSP a reconnu qu'il aurait pu demander à sa ou son collègue d'informer l'IAA d'appliquer cette intervention.

**Sources :** Examen des notes d'évolution d'une personne résidente et entretiens menés avec la ou le GIA, une ou un PSSP et une ou un IAA.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel respecte le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, particulièrement en ce qui concerne le suivi du protocole pour traumatisme crânien après qu'une personne résidente a subi une chute.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées en vue du programme de gestion et de prévention des chutes soient respectées.

La politique du foyer en ce qui concerne le protocole pour traumatisme crânien, intégrée à son programme de prévention des chutes, exige que le personnel surveille attentivement toute personne résidente ayant chuté par des observations régulières, et qu'en cas de suspicion de blessure à la tête, les signes vitaux soient immédiatement relevés, suivis d'évaluations horaires pendant les quatre heures suivant l'incident. Après qu'une personne résidente a subi une chute, le protocole pour traumatisme crânien a été mis en œuvre. Cependant, le suivi du protocole pour traumatisme crânien n'a pas été effectué comme prévu lors du contrôle ultérieur.

**Sources :** Politique du foyer sur le protocole pour traumatisme crânien», daté du 15 mars 2025, examen de la documentation relative au protocole pour traumatisme crânien pour une personne résidente suite à une chute, notes d'évolution de cette même personne résidente, entretien avec la ou le DSI par intérim.