

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 27 septembre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1379-0002	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bay Ridges, Pickering	
Inspectrice principale/Inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13 au 16 et 19 au 22 août 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : - négligence d'une personne résidente par le personnel
- Plainte : - mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente
- Plainte : - mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente.
- Plainte : - mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente envers une autre personne résidente
- Plainte : - négligence d'une personne résidente par le personnel

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Plainte : - chute d'une personne résidente entraînant de multiples fractures

L'inspection effectuée concernait :

- Plaintes - relatives à des chutes de personnes résidentes ayant entraîné des lacérations

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

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 : la disposition 6(7) de la LRSLD (2021)
Programme de soins

6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins énoncés dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente n° 008 comme précisé dans le programme de soins. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins de la personne résidente soient prodigués uniquement par du personnel féminin.

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à la directrice ou au directeur concernant la négligence du personnel envers la personne résidente. L'examen des notes d'enquête du FSLD a montré que les préférences de soins de la personne résidente n° 008, telles que décrites dans son programme de soins, n'avaient pas été respectées. La personne résidente a été admise au FSLD en avril 2022.

Le programme de soins de la personne résidente n° 008 stipulait clairement, dans plusieurs de ses sections, que les soins personnels, notamment l'utilisation des toilettes, l'habillage et l'hygiène/toilette, devaient être assurés exclusivement par du personnel féminin.

Un examen de la liste du personnel dans l'unité de la personne résidente n° 008 du 22 juin 2024 au 5 juillet 2024 indiquait que des préposés aux services de soutien personnel (PSSP) masculins avaient été affectés à la personne résidente n° 008 à plusieurs reprises.

Lors de l'entretien, le PSSP n° 117 a affirmé ignorer la préférence de soins de la personne résidente n° 008 et a confirmé avoir dispensé des soins à cette dernière durant la nuit. Dans un entretien distinct, le PSSP n° 121 a déclaré qu'il n'était pas non plus au courant de la préférence de soins de la personne résidente n° 008.

Lors de l'entretien, la directrice générale ou le directeur général (DG) a reconnu que la personne résidente avait explicitement demandé que ses soins personnels soient assurés uniquement par du personnel féminin, et a concédé que cette exigence aurait dû être scrupuleusement observée.

Le non-respect du programme de soins d'une personne résidente peut avoir des répercussions négatives sur son vécu au sein du foyer.

Sources : Entretien avec les PSSP n° 17, 121 et la ou le DG. Examen des dossiers : programme de soins, notes d'enquête, horaires.

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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(10)c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Par. 6(10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que le programme de soins de prévention des chutes de la personne résidente n° 006 soit révisé, malgré l'inefficacité des soins prescrits dans le programme initial.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique, détaillant la chute et les blessures subséquentes d'une personne résidente, a été transmis à la directrice ou au directeur.

En raison de ses déficiences cognitives et physiques, la personne résidente n° 006 avait été classée dans la catégorie des personnes à risque de chutes. En avril et mai 2024, la personne résidente a subi deux chutes, dont l'une a entraîné une blessure. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital et est retournée au foyer. Trois autres incidents de chute se sont produits, causant à chaque fois de multiples blessures à la personne résidente. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital et est retournée au foyer.

Un programme de soins axé sur la prévention des chutes a été conçu pour la personne résidente, puis révisé à deux reprises entre mai et juin 2024. Le programme n'a fait l'objet d'aucune révision supplémentaire jusqu'à ce qu'une nouvelle chute se produise en juillet 2024.

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

District du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le programme de prévention des chutes fixait comme objectif que la personne résidente ne subisse aucune chute jusqu'à la prochaine évaluation. L'IAA n° 122 et la ou le DASI n° 123 ont reconnu que le programme n'avait pas été efficace pour empêcher la personne résidente de tomber et qu'il aurait dû être révisé.

Le fait de ne pas avoir révisé le programme de soins de prévention des chutes, alors que les mesures prévues s'étaient révélées inefficaces, a augmenté les risques et les répercussions sur la personne résidente.

Sources : incident critique, dossier clinique, incidents de gestion des risques liés aux chutes, entrevues avec l'IAA n° 122, la ou le DASI n° 123, la ou le physiothérapeute n° 120 et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 : 25 (1) de la *LRSLD* (2021).

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'IAA n° 124 se conforme à la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Conformément à la politique de non-maltraitance des personnes résidentes du titulaire de permis, toute personne ayant des motifs

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente a subi des mauvais traitements ayant entraîné un préjudice doit immédiatement signaler ses soupçons à la personne responsable, qui les signalera à son tour immédiatement à l'autorité législative compétente.

Justification et résumé

La directrice ou le directeur a reçu un rapport d'incident critique faisant état d'allégations de violence physique entre personnes résidentes.

La personne résidente n° 005 a subi des blessures en mai 2024. Lors de sa visite ce jour-là, un membre de sa famille a constaté ses blessures et a immédiatement fait part de ses observations et de ses inquiétudes à l'IAA n° 124. Les dossiers ne contenaient aucune indication que l'allégation de mauvais traitements envers la personne résidente ait été rapportée immédiatement à la direction ou au directeur ce jour-là. Le jour suivant, la ou le responsable de la PCI de la prévention et du contrôle des infections a été mis au courant des blessures et de l'allégation, tandis que la directrice ou le directeur n'en a été informé que plus tard dans le mois de mai.

Le directeur général a reconnu que le personnel était censé suivre la politique de non-maltraitance du titulaire de permis et devait immédiatement signaler les allégations de mauvais traitements envers la personne résidente n° 005 à un superviseur ou à un gestionnaire. Il a également indiqué que l'IAA était tenue de signaler immédiatement l'incident au directeur.

L'omission de s'assurer que l'IAA n° 124 signale sans délai tout motif raisonnable de soupçonner des mauvais traitements ayant causé un préjudice à une personne résidente peut exposer cette dernière à des risques accrus de préjudices additionnels.

Sources : incident critique, dossier clinique, gestion des risques, notes d'enquête, politique du titulaire de permis intitulée *Resident Non-Abuse* [Non-maltraitance des personnes résidentes] (index : ADMIN1-

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

P10, révisée le 1^{er} novembre 2023), entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 004 Avis écrit remis aux termes de la LRSLD, 2021, al. 154 (1) 1.

Non-respect de la disposition : 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Par. 34(2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard de la personne résidente n° 006 dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes, y compris les évaluations, les réévaluations et les interventions, soient documentées.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique, détaillant la chute et les blessures subséquentes d'une personne résidente, a été transmis à la directrice ou au directeur.

La personne résidente n° 006 a chuté à plusieurs reprises d'avril à juin 2024. Les évaluations post-chute, y compris la routine en cas de blessure à la tête et la surveillance de la douleur pendant 72 heures, ont été effectuées par le personnel autorisé. Lors de la revue des évaluations post-chute de la personne résidente, il est apparu que, bien que les procédures aient été amorcées, la documentation était incomplète. Les omissions portaient notamment sur l'échelle de Glasgow, l'enregistrement des signes vitaux, l'évaluation de la douleur et les interventions visant à la réduire. L'IAA n° 122 et la ou le DASI n° 123 ont confirmé que les formulaires d'évaluation doivent être remplis en entier.

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 du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le défaut de consignation des évaluations, réévaluations et interventions relatives à la personne résidente n° 006, conformément au programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, nuit à la surveillance efficace du suivi post-chute par le personnel.

Sources : incident critique, dossier clinique, procédure du titulaire de permis intitulée *Fall Prevention and Injury Reduction Program* [Programme de prévention des chutes et de réduction des blessures] (index CARE5-010. 05, date de révision 31 mars 2024), entretiens avec l'IAA n° 122 et la ou le DASI n° 123.