

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1379-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Bay Ridges, Pickering

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 10, 11, 13, 16, du 18 au 20, et les 24 et 25 juin 2025.

L'inspection concernait :

- un dossier et un incident critique (IC) liés à une mauvaise prise en charge d'une personne résidente.
- deux dossiers et un IC liés à une mauvaise prise en charge d'une personne résidente.
- un dossier et un IC liés à une fracture de cause inconnue.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes.

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD)

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

Exigences générales

Paragraphe 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 doit s'assurer que toutes les mesures prises à l'égard de la personne résidente dans le cadre du programme de gestion de la douleur, y compris les évaluations, sont documentées.

1. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis devait avoir en place et faire respecter un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer. Plus précisément, le personnel agréé n'a pas rempli l'outil d'évaluation requis, conformément à la politique d'évaluation et de gestion de la douleur du foyer, alors que la personne résidente avait subi une intervention plusieurs jours.

Sources : rapport d'incident critique (RIC), dossier médical électronique et dossier médical physique de la personne résidente, politique du foyer en matière d'évaluation et de gestion de la douleur, et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis doit s'assurer que toutes les mesures prises à l'égard de la personne résidente dans le cadre du programme de gestion de la douleur, y compris les évaluations, sont documentées. Une personne résidente revenait d'un établissement médical local et avait reçu l'ordre de remplir un outil d'évaluation. Lors de l'examen, l'outil n'était pas entièrement rempli avec les réponses de la personne résidente et les renseignements d'évaluation.

Sources : RIC, dossier médical physique et dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

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

Problème de conformité n° 002 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRS LD [2021]] :

1. Le foyer doit élaborer et mettre en œuvre, à l'intention du personnel agréé, une politique et une procédure portant sur les mesures de suivi des demandes du fournisseur de services.

2a. Le foyer doit faire donner une formation en personne à l'ensemble du personnel agréé actif sur la nouvelle politique et la nouvelle procédure et faire passer un test à chaque membre du personnel pour s'assurer qu'il en comprend le contenu.

b. La nouvelle politique et la nouvelle procédure doivent être intégrées au programme d'orientation et de formation du personnel agréé nouvellement embauché et dans la formation continue annuelle de tout le personnel agréé.

3. Le personnel de gestion agréé ou le personnel délégué agréé doit procéder à une vérification quotidienne des demandes des fournisseurs de services (toutes les aires résidentielles du foyer) pendant deux semaines consécutives. Le foyer doit veiller à rendre accessibles les dossiers de vérification complets, y compris les mesures correctives.

4. Tenir à jour la documentation relative au contenu de la formation, aux examens de formation, aux registres de présence à la formation et à toute mesure corrective mise en œuvre, et la mettre à la disposition des inspecteurs sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel agréé et le fournisseur de services participant aux différents aspects des soins de la personne résidente mettent en œuvre le programme de soins de manière à ce que ces différents aspects soient intégrés, cohérents et complémentaires.

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice, déclarant que la personne résidente avait subi une blessure non liée à un incident.

L'examen des dossiers médicaux électroniques de la personne résidente a montré qu'elle avait subi un problème justifiant un examen et une évaluation plus approfondis. Un test diagnostique a été demandé, et la demande a été envoyée au fournisseur de services à une date déterminée. Aucun membre du personnel du foyer de soins de longue durée n'a assuré le suivi auprès du fournisseur de services, et le test diagnostique n'a jamais été remis à la personne résidente. Quelques jours plus tard, l'état de santé de la personne résidente s'est aggravé, et elle a dû être envoyée dans un établissement médical local pour y recevoir des soins et un traitement.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a affirmé que le personnel agréé devait collaborer et communiquer avec le fournisseur dans la prestation des services, ainsi que documenter ses mesures de suivi dans le système de dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes. Le ou la DSI a ajouté qu'il ou elle n'était pas en mesure de déterminer si le fournisseur de services avait reçu la demande de test diagnostique.

Le risque et les conséquences pour la personne résidente étaient élevés, car elle n'a pas reçu l'intervention requise en temps voulu en raison de l'absence de collaboration avec le fournisseur de services.

Sources : RIC, dossier médical physique et dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretien avec le ou la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 août 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de soins

Problème de conformité n° 003 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD [2021]] :

1. Le foyer procède à une analyse des causes profondes de l'incident survenu chez la personne résidente, avec la participation pluridisciplinaire des responsables, des infirmiers autorisés et infirmières autorisées, des infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées et des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP). Le foyer conservera une trace écrite de l'analyse, de la date à laquelle elle a été réalisée et des personnes qui y ont participé. Ce document doit être conservé et mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.
2. Le foyer analysera les résultats de l'analyse des causes profondes et déterminera les déficiences, les incohérences et les lacunes.
3. Si des déficiences, des incohérences ou des lacunes ont été déterminées au cours de la partie 2 de l'ordonnance, le foyer fera suivre une formation à l'ensemble du personnel infirmier pour donner suite à ces conclusions. Le foyer doit conserver une trace écrite de la date, de la personne qui a dispensé la formation, du contenu de la formation, ainsi que des noms et signatures des membres du personnel. Ce document doit être mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Le foyer doit réévaluer et mettre à jour les politiques, procédures, protocoles et formations relatifs aux programmes de soins provisoires des personnes résidentes, à la manipulation sûre des patients et à la surveillance, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques en vigueur.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive des soins conformément à son programme de soins provisoire.

Selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci devait avoir besoin de l'aide de deux membres du personnel pour être repositionnée sur une surface.

À une date donnée, l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a effectué un traitement sur la personne résidente, puis l'a repositionnée lui-même ou elle-même. La personne résidente s'est ensuite retrouvée sur une autre surface et a vu un important changement de son état de santé.

Interrogés, l'IAA et le ou la DSI ont reconnu l'existence de cette lacune. Le ou la DSI a également déclaré que la personne résidente ne se serait pas retrouvée sur une surface différente si elle avait été assistée par deux membres du personnel, conformément à son programme de soins.

Sources : RIC, dossier de soins de la personne résidente, dossier d'enquête du foyer, entretiens avec l'IAA et le ou la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 août 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 003 Formation.

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021)

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Le foyer doit examiner, analyser et évaluer les procédures actuelles afin de s'assurer que l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques sous contrat suive un recyclage annuel en matière de prévention et de

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

contrôle des infections.

2. Conserver les documents relatifs à l'examen, à l'analyse et à l'évaluation des processus du foyer, et la mettre à la disposition des inspecteurs et inspectrices sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques qui a reçu une formation en vertu du paragraphe (2) suive un recyclage annuel sur la prévention et le contrôle des infections. L'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques n'a pas suivi le recyclage annuel en prévention et en contrôle des infections en 2022, ni en 2023, ni en 2024.

Sources : RIC, dossiers de l'infirmier ou infirmière en soins podologiques du foyer et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 août 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* 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

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.

Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD [2021]] :

1. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections ou sa représentante ou son représentant veille à ce que l'ensemble du personnel chargé du nettoyage et du retraitement des dispositifs et de l'équipement de soins podologiques d'utilisation commune reçoive une formation en personne. La formation doit comprendre :

- a. les principes du nettoyage, de la désinfection et de la stérilisation;
- b. la classification de Spaulding;
- c. la classification des équipements (invasifs, semi-invasifs, non invasifs);
- d. les instructions d'utilisation du fabricant;
- e. les pratiques exemplaires de retraitement du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Faire passer un seul examen après la formation pour s'assurer de la compréhension du personnel.
3. Conserver la documentation relative à la formation (par exemple, le nom du ou des formateurs, la date et l'heure de la formation, le nom des personnes formées, le contenu de la formation, les résultats des tests) et la mettre à la disposition des inspecteurs et inspectrices sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur ou la directrice à l'égard de la prévention et le contrôle des infections soient mis en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'exigence supplémentaire sous la norme soit respectée par le personnel dans le cadre du programme de prévention des infections, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 », révisée en septembre 2023 (Norme PCI).

Plus précisément, l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques n'a pas respecté le retraitement de l'équipement médical à la fois hors site et sur place, comme l'exige le point 5.4 (b) de la Norme PCI.

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice, déclarant que l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques avait fourni des soins inappropriés aux personnes résidentes de l'établissement de soins de longue durée (SLD).

Selon le dossier du foyer, l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques a prodigué régulièrement des soins aux personnes résidentes en 2025. L'examen de la politique et des procédures du foyer en matière de nettoyage et de désinfection indique que les dispositifs et équipements médicaux ne doivent pas être utilisés sur les personnes résidentes s'ils ne sont pas retraités correctement entre deux utilisations. Lors de l'examen des notes d'enquête interne du foyer, l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques avait rempli la liste de contrôle pour le retraitement des dispositifs et équipements médicaux, dans laquelle le personnel indiquait que les instruments de soins podologiques étaient imbibés d'Oxivir. Le personnel avait également coché la case « sans objet » ou « non examiné » dans la section de la liste de contrôle portant sur la stérilisation. Le directeur général ou la directrice générale a ensuite interrogé l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques, qui a confirmé que les instruments de soins podologiques réutilisables n'étaient pas stérilisés après chaque utilisation. L'infirmière en soins podologiques a été immédiatement suspendue de ses fonctions au foyer et a ensuite fait l'objet d'un signalement à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. En outre, le foyer a contacté le Bureau de santé de Durham pour recevoir des instructions.

Après inspection par le Bureau, une ordonnance de l'inspecteur ou de l'inspectrice de la santé publique a été notifiée à l'infirmier ou à l'infirmière en soins podologiques.

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Un entretien avec l'inspecteur ou l'inspectrice du Bureau, l'inspecteur principal ou l'inspectrice principale de la santé publique et le directeur général ou la directrice générale a confirmé tout ce qui précède. Le directeur général ou la directrice générale a également déclaré que l'infirmier ou l'infirmière en soins podologiques n'avait pas respecté la politique du foyer en matière de retraitement des instruments de soins podologiques et que le foyer avait mis fin à ses services.

L'équipement de soins podologiques réutilisable n'étant pas correctement retraité après chaque utilisation, il y avait des risques pour les personnes résidentes de contracter des infections hématogènes, avec des conséquences possibles.

Sources : RIC, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec l'inspecteur ou l'inspectrice de la santé publique du Bureau de santé publique de Durham, l'inspecteur principal ou l'inspectrice principale de la santé publique du Bureau et le directeur général ou la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 7 août 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 du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 ou à la directrice 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 la directrice 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 ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 ou la directrice 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 ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice 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 ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur ou directrice

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.