

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 janvier 2026
Numéro d'inspection : 2026-1379-0001
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : Axium Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axium Extendicare LTC II GP Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : Bay Ridges, Pickering

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivante : du 6 au 9, du 12 au 14 et le 19 janvier 2026.

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : les 15 et 16 janvier 2026.

L'inspection concernait :

- Deux signalements concernant des allégations de soins administrés de façon inappropriée.
- Deux signalements concernant des allégations de mauvais traitements.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Soins liés à l'incontinence
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droit à la protection contre les mauvais traitements et la négligence

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4. 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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le droit d'une personne résidente à la protection contre les mauvais traitements n'a pas été

pleinement respecté et promu à une date précise lorsque des membres du personnel ont fait preuve de mauvais traitements d'ordre verbal à son égard pendant les soins.

Sources : rapports d'incidents critiques, notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de la négligence (Zero Tolerance of Abuse and Neglect Policy), politique concernant les types et les définitions des mauvais traitements et de la négligence (Types and Definitions of Abuse and Neglect) et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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 :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le programme de soins d'une personne résidente n'a pas été réévalué et révisé lorsque l'état de santé médicale précis de cette dernière a changé.

Sources : dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

À une date précise, des membres du personnel n'ont pas assuré la sécurité d'une personne résidente lorsque celle-ci a glissé hors du lève-personne, ce qui a entraîné une chute avec témoin qui a blessé la personne résidente. Le foyer a corroboré et confirmé l'administration de soins à la personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique, dossier d'enquête du foyer, marche à suivre concernant la manipulation sûre des personnes résidentes (Safe Resident Handling Procedure), marche à suivre concernant les appareils de levage et de transfert (Lift and Transfer Dispositifs Procedure) et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 56 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des traitements et des interventions visant à prévenir la constipation, notamment des protocoles de nutrition et d'hydratation.

Les traitements et les mesures d'intervention n'ont pas été prévus pour assurer une gestion précise de la santé d'une personne résidente afin de répondre aux besoins de cette personne en matière de soins. Plus précisément, des membres du personnel n'ont pas fourni les soins à la personne résidente selon le protocole précisé.

Sources : dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

Le foyer n'a pas surveillé et évalué l'alimentation et l'hydratation d'une personne résidente en n'effectuant pas les évaluations de l'hydratation et les aiguillages vers les services diététiques alors qu'un risque lié à l'alimentation et à l'hydratation avait été identifié chez cette personne résidente.

Sources : dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, politique concernant l'alimentation et l'hydratation (Nutrition and Hydration Policy), processus de surveillance de l'hydratation du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (CO) n° 001 Intégration des évaluations, soins

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) 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 :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes 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 LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit prendre les mesures suivantes :

1. Examiner les protocoles suivants et les communiquer pour veiller à ce que les membres du personnel les comprennent bien et travaillent ensemble de manière cohérente :

- a.) Surveillance et évaluation de l'hydratation
- b.) Signalement, documentation et transfert au niveau supérieur des résultats de laboratoire anormaux et critiques
- c.) Protocoles de facilitation des selles, y compris l'intégration des soins en matière d'hydratation et selon l'état clinique

Les membres du personnel comprendront le personnel infirmier, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) et le personnel interdisciplinaire qui participent à l'exécution ou au suivi de ces protocoles.

2. Effectuer une vérification hebdomadaire pendant quatre semaines consécutives afin d'évaluer la conformité avec :
- a.) La documentation et la communication des résultats de laboratoire anormaux et critiques
 - b.) La surveillance et l'évaluation de l'hydratation
 - c.) Les aiguillages vers les services diététiques entamés en raison d'une faible ingestion ou d'alertes cliniques
 - d.) La mise en œuvre des protocoles de facilitation des selles
- Les vérifications doivent déceler toute lacune en matière de conformité ainsi que préciser les mesures correctives prises et la formation redonnée aux membres du personnel au besoin.
3. Conserver la documentation sur les communications fournies aux membres du personnel et à d'autres personnes au sujet des protocoles et des vérifications effectuées.

Motifs

Des membres du personnel et d'autres personnes n'ont pas collaboré pour veiller à ce que les évaluations relatives à l'alimentation, à l'hydratation, à la facilitation des selles, aux résultats de laboratoire et à l'état de santé général d'une personne résidente s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et soient réalisées en temps opportun et de façon coordonnée.

À une date précise, un laboratoire a communiqué un résultat anormal à un infirmier ou à une infirmière du quart de nuit; cependant, aucune mesure n'a été prise par rapport à cet avis, qui n'a pas été non plus documenté ou communiqué au médecin. La personne résidente a été transférée à l'hôpital à une date donnée, lorsqu'un autre membre du personnel infirmier a pris connaissance du résultat anormal par la suite. La personne résidente est ensuite décédée à l'hôpital.

Entre les dates précisées, l'état de santé de la personne résidente a connu des changements importants, notamment une perte de poids documentée de plus de 5 %, une réduction de l'ingestion orale, des difficultés de déglutition, des lésions cutanées et l'altération des fonctions intestinales.

Les dossiers d'hydratation à des dates précises ont constamment montré que l'ingestion de liquides de la personne résidente était inférieure à l'objectif minimum fixé par le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.). Des membres du personnel ont déclaré que, conformément aux attentes, le personnel infirmier de nuit et de jour doit collaborer pour surveiller l'ingestion de liquides, effectuer des évaluations de l'hydratation et voir à l'aiguillage vers le ou la diététiste chaque fois que l'ingestion de liquides d'une personne résidente est inférieure à l'ingestion minimale pendant trois jours consécutifs. Le ou la Dt.P. a reconnu n'avoir reçu aucune demande d'aiguillage vers les services diététiques de la part du personnel infirmier concernant des résultats de la surveillance de l'hydratation indiquant que l'ingestion était constamment faible.

Les dossiers cliniques examinés ont révélé qu'une personne résidente disposait d'un protocole de facilitation des selles qui n'avait pas été mis en œuvre comme prévu. Au cours de cette même période, la surveillance de l'hydratation a montré que l'ingestion de liquides d'une personne

résidente était systématiquement inférieure aux besoins minimums de cette personne. Malgré cette situation, les mesures d'intervention de base relatives à la facilitation des selles ont continué à être administrées. Aucun élément ne vient démontrer que l'état d'hydratation était pris en compte lors de l'administration des mesures d'intervention intestinales ou que les ordonnances de facilitation des selles étaient réexaminées ou ajustées en réponse à la faible ingestion prolongée de liquides.

Il n'y a pas non plus de preuve de collaboration avec l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne ou le médecin pour communiquer la baisse de l'état d'hydratation et d'alimentation d'une personne résidente ou pour examiner les ordonnances de médicaments afin d'en garantir le côté approprié.

Au cours des entretiens, les membres du personnel interrogés ont reconnu que l'absence d'examen coordonné de l'état d'hydratation, les mesures d'intervention appliquées concernant la facilitation des selles et le suivi tardif des résultats de laboratoire ont entraîné un risque chez une personne résidente.

Cette constatation est soutenue par des constatations secondaires qui y sont liées d'après :

- l'alinéa 74 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22 – absence d'un système efficace de surveillance des soins alimentaires et de l'hydratation et
- les alinéas 56 (1) et (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – absence de mesures visant à prévenir la constipation, notamment l'intégration de protocoles d'alimentation et d'hydratation.

Les membres du personnel ont déclaré que le foyer avait mené une enquête sur la réception tardive de résultats anormaux et avait reconnu que les membres du personnel n'avaient pas documenté ces résultats, évalué la personne résidente concernée ou appelé le médecin pour obtenir des directives à une date donnée. Les membres du personnel ont reconnu qu'il y avait eu un retard de trois jours dans la prise de mesures à la suite des résultats anormaux.

En raison du retard des membres du personnel à prendre des mesures face aux résultats anormaux et de l'absence de collaboration entre eux et avec d'autres services pour évaluer l'état clinique d'une personne résidente, des renseignements essentiels n'ont pas été communiqués dans tous les services et les changements dans l'état de santé n'ont pas été gérés de manière intégrée et cohérente. Le tout a entraîné un retard dans la reconnaissance du déclin clinique d'une personne résidente et dans la réaction à ce déclin, à la suite duquel la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, protocole de surveillance de l'hydratation du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 19 mars 2026.

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 pas 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous.

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^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 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

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

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de****District du Centre-Est**

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

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, 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 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 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^e 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^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.hsb.on.ca.