

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1072-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Bayview, North York

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 2, 3, 4, 8 et 9 octobre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 7 octobre 2024

L'inspection faisant suite à des incidents du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernait :

- Demande n° 00123334 – Suivi de l'ordre de conformité n° 001 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) de l'inspection n° 2024-09-16
- Demande n° 00123502 [n° du SIC : 2460-000014-24] liée à des chutes de personnes résidentes
- Demande n° 00125229 [n° du SIC : 2460-000015-24] liée à des mauvais traitements infligés à une personne résidente
- Demande n° 00125973 liée à une plainte portant sur des mauvais traitements infligés à 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 ON 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° 2024-1072-0002 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente quand l'état de santé de cette dernière a changé.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente ont révélé qu'on avait constaté une blessure chez cette dernière. D'après les dossiers cliniques de la personne résidente, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) aurait réalisé un contrôle médical, mais n'en aurait pas informé l'infirmière responsable. La personne résidente a été amenée à l'hôpital pour subir une évaluation plus approfondie.

L'infirmière autorisée (IA) a reconnu qu'elle s'attendait à ce que le personnel l'informe de tout changement dans l'état de santé d'une personne résidente. L'IAA ne l'a pas informée le jour où la blessure a été constatée. L'IA n'en a été informée qu'à la fin de son quart de travail le jour où la personne résidente a été amenée à l'hôpital.

L'IAA n'a pas collaboré avec l'IA quand l'état de santé de la personne résidente a changé. Cela a augmenté le risque de retard dans le traitement et les interventions.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins quand un nouveau traitement a été prescrit pour la personne résidente.

Justification et résumé

On a constaté une blessure chez une personne résidente. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente a révélé que l'avis du mandataire en lien avec le changement de l'état de santé de cette dernière n'avait pas été consigné.

Le directeur des soins a reconnu que le personnel était censé informer le mandataire de la personne résidente quand il y avait un changement dans l'état de santé de cette dernière et a reconnu que le mandataire n'avait pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

En n'étant pas informé du changement dans l'état de santé, le mandataire de la personne résidente n'a pas pu participer pleinement au programme de soins.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de 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 de Toronto

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRS LD* (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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que le programme de soins de cette dernière soit réexaminé et révisé au moment où la personne résidente n'a pas voulu recevoir l'intervention prévue dans son programme de soins.

Justification et résumé

Une personne préposée aux services de soutien personnel a mentionné qu'une personne résidente ne voulait pas un équipement précis et enlevait ce dernier.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin de cette intervention en tant qu'intervention pour la prévention des chutes.

L'IAA a reconnu qu'elle était au courant de la propension de la personne résidente à retirer l'équipement et a mentionné que ces renseignements avaient été communiqués verbalement à l'IA afin qu'ils soient mis à jour dans le programme de soins. L'IA a reconnu que le programme de soins devait être mis à jour quand les interventions décrites dans ce dernier n'étaient plus nécessaires.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Observation; examen des dossiers de la personne résidente et des renseignements reçus du personnel; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 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 respecté sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro quand une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente a été signalée au personnel.

Justification et résumé

Une IAA a découvert une personne résidente présentant une blessure. Un membre de la famille de la personne résidente a avancé que c'était le personnel qui était responsable des blessures subies par cette dernière.

En vertu de la politique du foyer sur les enquêtes et les conséquences dans le cadre de la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, tous les incidents de mauvais traitements et de négligence signalés doivent faire l'objet d'une enquête objective, approfondie et immédiate selon les étapes décrites dans la trousse à outils des enquêtes dans le lieu de travail (*Workspace Investigation Toolkit*).

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le directeur des soins a reconnu que le foyer n'avait pas mené d'enquête approfondie sur l'incident allégué comme l'exige sa politique.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer n° RC-02-01-03 sur les enquêtes et les conséquences dans le cadre de la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Investigation and Consequences*), révisée la dernière fois en novembre 2023; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de mauvais traitements en lien avec les blessures d'une personne résidente soit signalée immédiatement au directeur.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Justification et résumé

On a constaté une blessure chez une personne résidente. Un membre de la famille de la personne résidente a avancé que les blessures de cette dernière avaient été causées par le personnel du foyer.

Le rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) a été soumis au ministère des Soins de longue durée 16 jours plus tard. Lors d'un entretien avec le directeur des soins, ce dernier a reconnu que le foyer avait soumis le rapport d'allégation de mauvais traitements et que l'incident aurait dû être signalé immédiatement.

Le défaut de signaler immédiatement l'incident de mauvais traitements allégués a exposé la personne résidente à un risque de préjudice supplémentaire, car le directeur n'a pas pu intervenir pour que des mesures appropriées soient prises afin qu'un tel incident ne se reproduise pas.

Sources : Rapport du SIC n° 2460-000015-24, entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de gestion de la douleur quand une nouvelle douleur a été constatée chez une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que le programme de gestion de la douleur comprenne la mise en œuvre de politiques et de procédures pour les méthodes de communication et d'évaluation visant les personnes résidentes qui ont une déficience cognitive, et veiller au respect de ces politiques et procédures.

Plus précisément, le personnel ne respectait pas la politique du foyer de soins de longue durée relative à l'identification et à la gestion de la douleur quand il n'a pas évalué la douleur de la personne résidente au moyen de l'évaluation approfondie de la douleur.

Justification et résumé

La politique du foyer relative à l'identification et à la gestion de la douleur indiquait que le personnel devait évaluer la personne résidente pour déceler et gérer toute nouvelle douleur au moyen de l'évaluation approfondie de la douleur en plus de l'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (*Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*) pour évaluer toutes les personnes résidentes incapables de s'exprimer verbalement et ayant une déficience cognitive.

Une IAA a découvert une personne résidente présentant une blessure, mais n'a pas réalisé d'évaluation de la douleur. L'IAA a constaté que la personne résidente présentait des signes verbaux et non verbaux de douleur. Toutefois, le personnel autorisé n'a pas réalisé d'évaluation de la douleur.

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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Deux IAA ont reconnu que la personne résidente ressentait de la douleur et qu'on n'avait pas réalisé d'évaluation de la douleur. Le directeur des soins a reconnu que le personnel autorisé n'avait pas réalisé d'évaluations de la douleur quand la personne résidente ressentait de la douleur et n'avait pas effectué les interventions appropriées.

Le défaut de faire des évaluations de la douleur de la personne résidente a accru le risque de ne pas déterminer la gravité de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer n° RC-19-01-01 relative à l'identification et à la gestion de la douleur (*Pain Identification and Management*), révisée la dernière fois en mars 2023; entretiens avec le personnel.