

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1332-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Brampton, Brampton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 15, du 19 au 22 et du 25 au 27 novembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 15, 21, 26 et 27 novembre 2024.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

Demande n° 00126974 liée à la chute d'une personne résidente entraînant des blessures.

Demande n° 00128584 liée à l'administration de soins de façon inappropriée.

Demande n° 00130850 liée à l'administration de soins de façon inappropriée.

L'inspection faisant suite à une plainte concernait :

Demande n° 00129373, préoccupations concernant l'administration de soins de façon inappropriée.

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

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Prévention et gestion des chutes

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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 : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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 prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Selon le registre d'administration des médicaments, le personnel doit donner le supplément trois fois par jour au déjeuner, au dîner et au souper.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent qu'une étudiante a administré le supplément à la personne résidente dans le cadre de la distribution des médicaments du matin.

Le fait de n'avoir pas suivi le programme de soins de la personne résidente a exposé cette dernière à un risque de préjudice.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, programme de soins, registre d'administration des médicaments, dossiers d'enquête du foyer et entretiens avec 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect : de l'alinéa 11 (1) a) de la *LRSLD* (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

a) un programme structuré de services infirmiers visant à répondre aux besoins évalués des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit instauré au sein du foyer un programme structuré de services infirmiers comprenant des directives à l'intention des étudiantes infirmières et à ce que celui-ci soit respecté.

Conformément au Règlement 246/22 de l'Ontario, le titulaire de permis doit veiller à ce que les étudiantes infirmières du programme de soins infirmiers soient supervisées par un instructeur ou un précepteur en tout temps.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur le placement des étudiantes infirmières en stage clinique RC-01-01-04 (*Clinical Student Placements*), dont la dernière révision remonte au 23 novembre 2024, laquelle stipule que les étudiantes infirmières doivent faire l'objet d'une supervision en tout temps.

Justification et résumé

Une étudiante infirmière a déclaré qu'elle avait de son propre chef administré le supplément à la personne résidente et reconnu que le précepteur n'était pas présent dans la pièce avec elle.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le directeur des soins a reconnu que les étudiantes infirmières doivent toujours être accompagnées physiquement par le précepteur à qui elles ont été jumelées lorsqu'elles prodiguent des soins aux personnes résidentes.

L'absence de supervision de l'étudiante infirmière par le précepteur a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, enregistrement vidéo de l'incident, politique du foyer en matière de placement des étudiantes infirmières en stage clinique RC-01-01-04, dont la dernière révision remonte au mois de novembre 2023 et entretiens avec le personnel.

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

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

Non-respect : de la disposition 1 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident concernant des soins inappropriés entraînant un risque de préjudice soit immédiatement signalé 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Une famille a signalé une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente.

Un rapport d'incident critique n'a été soumis au ministère des Soins de longue durée que deux jours plus tard.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements au directeur a fait en sorte que celui-ci n'a pas été en mesure d'intervenir en temps voulu.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques et entretien avec le directeur adjoint des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect : de l'alinéa 20 (g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, celui-ci soit calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Justification et résumé

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

L'infirmière auxiliaire autorisée a déclaré que le personnel pouvait couper le son des téléavertisseurs.

Le directeur adjoint des soins a signalé que certaines personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) avaient modifié les réglages de leur téléavertisseur, le faisant passer du mode alarme au mode vibration.

Le fait que la communication entre les personnes résidentes et le personnel ne puisse être entendue par ce dernier entraîne un risque qu'il ne soit pas alerté lorsque les personnes résidentes ont besoin de son aide.

Sources : Examen des dossiers : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques; observations, entretiens avec le directeur adjoint des soins, une infirmière auxiliaire autorisée et une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

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 n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et la réaction de la personne résidente aux interventions, soient documentées.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute et le protocole prévu dans le cadre de l'examen de dépistage des traumatismes crâniens a été mis en place pendant 72 heures.

La PSSP a signalé un changement dans le comportement de la personne résidente, ce qui a été communiqué à l'infirmière autorisée.

Aucune documentation sur le comportement inhabituel après la chute n'a été consignée.

Le fait de ne pas documenter les réévaluations, les interventions et l'état de santé de la personne résidente a exposé cette dernière au risque de ne pas recevoir les soins appropriés en temps voulu.

Sources : Examen des notes d'évolution, entretiens avec la PSSP et 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 1 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 :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le médecin soit immédiatement contacté en cas de changement constaté dans l'état de santé de la personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que soit élaboré et mis en œuvre un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer sur l'examen des signes neurologiques et des traumatismes crâniens (*Neurological Signs/Head Injury Routine*), qui stipule qu'il faut immédiatement alerter le médecin en cas de changement dans l'état de santé du pensionnaire.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute qui a entraîné des blessures.

Les notes d'évolution indiquaient que le protocole prévu dans le cadre de l'examen de dépistage des traumatismes crâniens avait été mis en place à la suite de la chute.

L'évaluation de l'infirmière autorisée n'a pas permis de documenter le changement constaté dans l'état de santé de la personne résidente et le médecin n'a pas été appelé immédiatement comme le prévoit la politique.

En ne suivant pas le protocole prévu dans le cadre de l'examen de dépistage des traumatismes crâniens, les interventions appropriées n'ont pas été mises en œuvre pour traiter le problème de santé de la personne résidente.

Sources : Examen des notes d'évolution et de la politique du foyer sur l'examen des signes neurologiques et des traumatismes crâniens et entretien avec le directeur 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 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 la politique de prévention des chutes soit mise en œuvre, comme précisé dans le programme de soins de la personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis doit prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté le programme du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*), qui prévoit la mise en œuvre des stratégies et interventions décrites dans le programme de soins de la personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute qui a entraîné des blessures.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

La PSSP a déclaré que l'une des interventions relatives aux chutes n'avait pas été mise en œuvre correctement.

Le fait de ne pas suivre le programme de soins de la personne résidente a entraîné des blessures chez cette dernière.

Sources : Rapport d'incident critique, programme du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*), dont la dernière révision remonte au mois de mars 2023, entretiens avec la PSSP et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les blessures d'une personne résidente fassent l'objet d'un traitement immédiat et d'interventions visant à réduire ou à soulager la douleur.

Justification et résumé

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Une personne résidente a attendu longtemps avant de recevoir un médicament contre la douleur.

En n'intervenant pas immédiatement pour réduire ou soulager la douleur de la personne résidente, l'inconfort de cette dernière s'est prolongé, entraînant des répercussions sur son bien-être général.

Sources : Examen des notes d'évolution et de l'évaluation de la douleur, Système de rapports d'incidents critiques et entretiens avec le personnel et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 2 iii du paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 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 :
 - iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le nom des membres du personnel qui sont intervenus lors de l'incident figure dans le rapport remis au directeur.

Justification et résumé

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une personne résidente qui s'est étouffée.

Une PSSP et une infirmière auxiliaire autorisée sont intervenues et ont assisté à l'incident. Le directeur des soins a reconnu que le nom de la PSSP et celui de l'infirmière auxiliaire autorisée ne figuraient pas dans le rapport d'incident critique.

Le fait de ne pas inclure dans le rapport d'incident critique le nom des membres du personnel impliqués a empêché le directeur de connaître l'identité de toutes les personnes concernées.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le personnel.