

Rapport public

Date d'émission du rapport : 16 mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1332-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

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

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1^{er}, 2, 5 au 9 et 14 au 16 mai 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 12 et 13 mai 2025

L'inspection concernait :

- Dossier n° 00141895 en lien avec le transfert inapproprié d'une personne résidente
- Dossier n° 00145753 en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Dossier n° 00145988 en lien avec des préoccupations relatives aux soins fournis à une personne résidente
- Dossier n° 00144893 en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Dossiers de plainte n° 00145154, n° 00146928 et n° 0139998 en lien avec des préoccupations relatives aux soins fournis à une personne résidente, ainsi qu'avec la prévention et à la gestion des chutes
- Dossier n° 00145670 – Dossier de l'ombudsman des patients en lien avec des préoccupations relatives aux soins fournis à une personne résidente et au programme d'entretien du foyer

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
 Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
 Alimentation, nutrition et hydratation
 Prévention des mauvais traitements et de la négligence
 Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

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

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 a omis de veiller à ce qu'on réévalue et réexamine le contenu relatif à la prévention des chutes du programme de soins d'une personne résidente lorsque les besoins en matière de soins de cette personne ont évolué et que deux interventions ont cessé d'être nécessaires.

On a révisé le programme de soins de la personne résidente en y intégrant des renseignements à jour concernant les interventions de prévention des chutes destinées à cette personne.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de soins de longue durée; programme de soins d'une personne résidente; notes sur l'évolution de la situation; entretiens avec deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), la personne responsable de la prévention des chutes du foyer et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) par intérim.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 5 mai 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

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.

a) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre le contenu relatif à la mobilité du programme de soins d'une personne résidente. En effet, dans les cas où les membres du personnel ont omis d'exercer la supervision requise, ils n'auraient pas pu intervenir rapidement si la personne résidente avait eu des problèmes d'ambulation ou d'équilibre.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de soins de longue durée; programme de soins d'une personne résidente; entretiens avec une PSSP et la personne responsable de la prévention des chutes.

b) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on fournisse les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente relativement à une activité de la vie quotidienne tel que le précise le programme. Ainsi, la personne résidente a fait une chute et a ressenti de la douleur.

Sources : Incident critique; dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la 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 a omis de veiller à ce qu'on documente l'intervention de prévention des chutes mise en œuvre à l'endroit d'une personne résidente. Puisqu'on

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

ne l'a pas documentée, il s'est révélé difficile d'évaluer l'efficacité de cette intervention et d'établir le moment où le suivi a été effectué.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec une PSSP, la personne responsable de la prévention des chutes du foyer et la ou le DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 54(2) du Règl. de l'Ont. 246/22,

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Lorsqu'une personne résidente a fait une chute, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on effectue une évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Puisqu'on a omis de procéder à une telle évaluation, on n'a pas réalisé non plus d'examen des risques de chute ni d'analyse des causes profondes, et l'on a omis de produire un plan de suivi et des recommandations visant à prévenir de nouvelles chutes.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec la personne responsable de la prévention des chutes du foyer.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 57(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57(1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on évalue la douleur d'une personne

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

résidente ayant une déficience cognitive conformément à la politique du foyer en matière de gestion de la douleur.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre des méthodes d'évaluation de la douleur pour les personnes résidentes qui ont une déficience cognitive.

À plusieurs reprises, on a omis de réaliser l'évaluation de la douleur prévue par la politique du foyer auprès d'une personne résidente qui ressentait de la douleur. Puisqu'on a omis d'évaluer la douleur de cette personne, comme le prévoit pourtant la politique du foyer en matière de gestion de la douleur, il y avait un risque que la douleur ressentie par la personne s'aggrave.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer en matière d'identification et de gestion de la douleur; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé, la personne responsable de la gestion de la douleur du foyer et la ou le DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 57(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57(1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on surveille la réaction d'une personne résidente aux interventions de gestion de la douleur mises en œuvre, de même que l'efficacité de ces interventions, comme le demande pourtant la politique de gestion de la douleur du foyer.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de surveiller les réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et l'efficacité de ces stratégies.

À plusieurs reprises, les membres du personnel ont omis d'évaluer, après l'analgésie, les réactions d'une personne résidente aux interventions de gestion de la douleur mises

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 (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : 888-432-7901

en œuvre, de même que l'efficacité de ces interventions, comme le prévoit pourtant la politique correspondante du foyer.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer en matière d'identification et de gestion de la douleur; entretiens avec la personne responsable de la gestion de la douleur du foyer et la ou le DSI par intérim.