



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007

Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée*

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 novembre 2016	2016_336620_0026	028552-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

EXTENDICARE (CANADA) INC.
3000, AVENUE STEELES EST, BUREAU 700, MARKHAM ON L3R 9W2

Foyer de soins de longue durée

EXTENDICARE KAPUSKASING
45, RUE ONTARIO, C.P. 460, KAPUSKASING ON P5N 2Y5

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

ALAIN PLANTE (620), SYLVIE BYRNES (627)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents.

Cette inspection s'est tenue du 31 octobre au 4 novembre 2016.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice et l'inspecteur ont observé directement les soins et services fournis aux résidents, ainsi que l'interaction entre ceux-ci, ils ont visité les aires résidentielles du foyer et ont examiné un éventail de politiques, de procédures et de programmes en place au foyer, le dossier de participation du personnel à la formation offerte, l'administration de médicaments et la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Les dossiers suivants ont également été inspectés en même temps :

- un rapport d'incident grave soumis par le foyer à la suite d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre financier;
- un rapport d'incident grave soumis par le foyer à la suite d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre verbal de la part du personnel envers un résident;
- une plainte reçue par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée au sujet d'un incident allégué de mauvais traitement de la part d'un résident envers un autre résident;



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

un rapport d'incident grave soumis par le foyer à la suite d'un incident allégué de mauvais traitement de la part d'un visiteur envers un résident.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice et l'inspecteur se sont entretenus avec l'administrateur-directeur des soins infirmiers et des soins personnels, un diététiste agréé, un gestionnaire du service d'entretien ménager, le coordonnateur des évaluations RAI, la personne responsable du contrôle des infections, l'infirmière du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (projet OSTC), des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), ainsi que des résidents et des membres de leurs familles.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- recours minimal à la contention;
- services de soutien personnel.

Aucun non-respect n'a été constaté au cours de cette inspection.

- 3 AE
- 1 PRV
- 0 OC
- 0 RD
- 0 OTA

NON-RESPECTS

Définitions

- AE** — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
OC — Ordre de conformité
RD — Renvoi de la question au directeur
OTA — Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, 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. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

L'inspectrice 627 a examiné un rapport d'incident grave qui a été soumis au directeur. Ce rapport décrivait un incident allégué de mauvais traitement d'ordre verbal de la part d'un membre du personnel envers un résident, en l'occurrence celui lors duquel le PSSP 102 aurait injurié le résident 006 en lui donnant les soins du matin.

Un examen de la politique intitulée « Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program-RC-02-01-01 », mise à jour en avril 2016, révélait qu'Extendicare avait une tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et que les formes de mauvais traitements comprenaient, sans s'y limiter, ceux d'ordre verbal, affectif, physique, sexuel et financier. Les employés ou autres personnes qui ont connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident doivent en faire rapport immédiatement à l'administrateur, à son représentant ou au gestionnaire responsable ou, en leur absence, au superviseur du plus haut échelon du quart de travail concerné.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, le PSSP 111 a affirmé qu'il avait fourni les soins du matin au résident 006 avec les PSSP 112 et 102. Tous ont affirmé que le résident 006 avait affiché des comportements réactifs envers le PSSP 102 et que le PSSP 102 avait ensuite infligé un mauvais traitement d'ordre verbal au résident 006. Le PSSP 111 a affirmé qu'il avait fait rapport de l'incident à l'IA 114 à la fin de son quart de travail. Les PSSP ont confirmé que le foyer exigeait que les mauvais traitements fassent immédiatement l'objet d'un rapport, comme l'exige la politique de l'établissement relative aux mauvais traitements.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, le PSSP 102 a affirmé avoir aidé deux autres PSSP à donner des soins au résident 006. Le PSSP 102 a affirmé que le résident 006 avait affiché des comportements réactifs à son égard. Le PSSP 102 a affirmé qu'à la suite de cela, le résident 006 avait reçu un mauvais traitement d'ordre verbal. Il a indiqué que c'était là un comportement réactif et qu'il s'était ensuite excusé auprès du résident. Le PSSP 102 a confirmé qu'il s'agissait d'un comportement abusif qui n'était pas toléré au foyer, où prévaut la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, l'administrateur-directeur des soins a affirmé avoir été informé de l'incident par l'IA 114 à 14 h. C'est à ce moment-là que le PSSP 111 avait signalé l'incident à un membre du personnel autorisé. Le PSSP 102 a admis qu'il avait infligé un mauvais traitement d'ordre verbal au résident 006. L'administrateur-directeur des soins a confirmé que les PSSP 102 et 111 n'avaient pas respecté la politique du foyer relative aux mauvais traitements. [par. 20 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de la politique écrite qui encourage la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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 :

21. Le résident a le droit de rencontrer son conjoint ou une autre personne en privé dans une pièce qui assure leur intimité.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident ait le droit de rencontrer son conjoint ou une autre personne en privé dans une pièce assurant leur intimité.



L'inspectrice 627 a examiné une plainte présentée au directeur et alléguant un mauvais traitement de la part d'un résident envers un autre résident. L'auteur de la plainte alléguait que le résident 005 avait fait l'objet d'un mauvais traitement d'ordre verbal de la part du résident 008. L'auteur de la plainte estimait que ses préoccupations n'avaient pas été prises au sérieux par le foyer.

Un examen du programme de soins en vigueur pour le résident 005 au moment de l'inspection avait révélé des interventions psychologiques. Ces interventions indiquaient que le résident 005 ne pouvait visiter le résident 008 que dans une aire commune du foyer. Il était également indiqué quelles interventions s'imposaient si le résident 005 tentait de rencontrer le résident 008 en privé.

L'examen des notes d'évolution par l'inspectrice 627 depuis la date d'admission du résident 005 n'a révélé aucune documentation de mauvais traitement; cependant, il était documenté que le résident 005 souhaitait passer du temps en privé avec le résident 008.

Un IAA a documenté qu'à un moment, le résident 005 avait l'air triste et préoccupé. Sous la rubrique « Mesures prises », l'IAA avait documenté qu'il était allé voir ce qui se passait et que le résident 005 était bouleversé. Il a indiqué qu'il avait donc passé du temps avec le résident. L'IAA a également documenté qu'il avait dit au résident 005 qu'il pouvait aller n'importe où avec le résident 008 et pas seulement dans leurs chambres.

L'inspectrice 627 s'est entretenue au téléphone avec l'auteur de la plainte, qui a affirmé ne plus avoir de préoccupations. L'auteur de la plainte a affirmé que le résident 005 était déjà ami avec le résident 008 avant son admission au foyer. L'auteur de la plainte n'a pas pu indiquer un seul moment où il avait observé un mauvais traitement d'ordre verbal ou physique de la part du résident 008 envers le résident 005.

L'inspectrice 627 s'est entretenue avec le résident 005, qui a affirmé avoir un ami qui habitait au foyer et a identifié le résident 008 comme étant son ami. Le résident 005 a affirmé qu'à aucun moment le résident 008 n'avait crié après lui ou ne l'avait frappé et a ajouté qu'il se montrait aimable envers lui.

Lors d'un entretien, le PSSP 102 a affirmé que, lorsque le résident 008 était devenu résident du foyer, le résident 005 et le résident 008 passaient du temps ensemble dans la chambre du résident 005, qu'ils aimaient bavarder et qu'ils étaient bien en compagnie l'un de l'autre. Le PSSP 102 a noté que l'auteur de la plainte s'était mis à craindre que cette relation soit malsaine pour le résident 005 et voulait que le foyer intervienne. Le PSSP 102 a affirmé que les résidents 005 et 008 avaient la permission de passer du temps ensemble dans les aires communes mais pas en privé dans leurs chambres.

L'inspectrice 627 s'est entretenue avec l'administrateur-directeur des soins, qui a affirmé que lorsque l'ami du résident 005 – le résident 008 – a été admis au foyer, l'auteur de la plainte voulait que le foyer sépare les résidents 005 et 008. L'administrateur-directeur des soins a également affirmé qu'aucune intervention n'avait été prévue pour permettre aux résidents 005 et 008 de passer du temps ensemble en privé, malgré le fait qu'ils pouvaient se rencontrer dans les aires communes. [alinéa 3 (1) 21]

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69 (Changements de poids). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le

poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

- 1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.**
- 2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.**
- 3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.**
- 4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.
2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.
3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.
4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident.

À l'étape 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, il a été déterminé que le résident 004 avait subi un déclin pour une certaine activité depuis son admission, comme l'indiquait une évaluation de l'ensemble de données minimales (MDS).

L'inspecteur 620 a examiné les évaluations MDS du résident 004 et a constaté qu'un protocole d'évaluation du résident avait été amorcé pour le résident 004. Le protocole d'évaluation du résident indiquait que le résident 004 avait subi un changement important de son état de santé et que ce changement avait entraîné une perte de poids importante.

L'inspecteur 620 a examiné les poids consignés pour le résident et les évaluations ultérieures de celui-ci, qui ont révélé que son poids avait subi d'importants changements depuis son admission.

L'inspecteur 620 a examiné le programme de soins nutritionnels et d'hydratation du foyer intitulé « Dietary Services, DS-04-01-03 », mis à jour en septembre 2016. Sous la rubrique des évaluations nutritionnelles, la politique indiquait que le diététiste agréé ou son représentant devait remplir une évaluation nutritionnelle pour chaque résident au moment de l'admission et dès lors que l'état de santé du résident subissait un changement important ayant des implications nutritionnelles.

L'inspecteur 620 s'est entretenu avec le diététiste agréé du foyer, qui a affirmé que le poids du résident 004 avait subi un certain nombre de changements importants depuis son admission.

L'inspecteur 620 et le diététiste agréé ont examiné les changements importants de poids survenus depuis l'admission du résident. Le diététiste agréé a confirmé que le résident 004 n'avait pas été évalué immédiatement après les changements importants de poids notés et que les évaluations étaient faites trop longtemps après la constatation de changements concernant le poids.



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu
par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée**

Le diététiste agréé a affirmé qu'à l'heure actuelle il n'y avait pas de procédure formelle de communication lorsque le poids d'un résident subissait un changement important. Il a affirmé que parfois un courriel était envoyé mais pas toujours. Il a affirmé qu'en raison des horaires, il pouvait parfois s'écouler trois semaines avant de pouvoir voir un résident qui avait subi un changement important au niveau du poids.

L'inspecteur 620 s'est entretenu avec l'administrateur-directeur des soins, qui a confirmé que le résident 004 n'avait pas été évalué après une prise de poids importante, étant donné qu'il s'était agi d'un changement souhaitable. Cependant, l'administrateur-directeur des soins a reconnu qu'une évaluation aurait dû être faite de toute manière, que ce fût en raison d'une importante prise de poids ou d'une importante perte de poids. L'administrateur-directeur des soins a confirmé que le foyer n'avait pas fait d'évaluations au moment opportun pour le résident 004 après les importants changements de poids notés. Il a indiqué qu'il fallait modifier la façon dont le diététiste autorisé était informé des changements importants concernant le poids et le moment où les évaluations étaient faites. [par. 69 (1), par. 69 (2), par. 69 (3), par. 69 (4)]

Date de délivrance : 28 novembre 2016

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.