

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 3 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1369-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

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

Inspectrice principale ou inspecteur principal

Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 11 au 13 et du 16 au 20 septembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 24, 26 et 27 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00115728 – Incident critique lié à l'administration d'un traitement à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.
- Demande n° 00117839 – Incident critique lié à une blessure de cause inconnue d'une personne résidente.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Demande n° 00119503 – Incident critique lié à une chute d'une personne résidente.
- Demande n° 00122138 – Plainte portant sur des préoccupations concernant des soins à une personne résidente.

L'inspection a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00122069 – Incident critique lié à une chute d'une personne résidente.

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 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.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations d'administration de soins de façon inappropriée ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice soient immédiatement signalées au directeur.

Justification et résumé

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le mandataire spécial d'une personne résidente a déposé une plainte concernant une allégation d'administration de soins de façon inappropriée qui aurait causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente. Le formulaire d'enquête sur les plaintes du foyer indiquait que la plainte était une allégation d'administration de soins de façon inappropriée, mais le cas n'a pas été signalé immédiatement au directeur.

Dix jours plus tôt, le foyer avait soumis un rapport au directeur portant sur une plainte verbale précédente reçue du mandataire spécial qui faisait elle aussi état de la même allégation. Les détails de la seconde plainte et de l'enquête subséquente menée par le foyer n'ont pas été ajoutés au premier rapport destiné au directeur ou soumis à ce dernier dans un rapport séparé.

La directrice des soins a reconnu que les renseignements de la seconde plainte n'avaient pas été ajoutés au premier rapport destiné au directeur, ni soumis à part dans un autre rapport distinct.

En ne signalant pas immédiatement au directeur l'allégation d'administration de soins de façon inappropriée sur une personne résidente ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice, le directeur pourrait ne pas avoir été au courant de l'incident et pris les mesures qui s'imposent.

Sources : Rapport d'incident critique; notes d'enquête du foyer; entretiens avec l'administratrice et la directrice des soins.

B) Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur quand il y a eu des motifs raisonnables de soupçonner un cas de traitement ou de soins

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

administrés à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente et ayant causé un préjudice à cette dernière.

Justification et résumé

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a donné des soins à une personne résidente de façon inappropriée, ce qui a causé une blessure à cette dernière.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) qui travaillait au moment où l'incident est survenu a mentionné que l'incident correspondrait à un cas de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente et causant un préjudice à cette dernière. La politique du foyer oblige le personnel à informer immédiatement le directeur quand une personne a des motifs raisonnables de soupçonner un cas de traitement ou de soins administrés à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente qui aurait causé un préjudice ou un risque de préjudice à cette dernière.

L'incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur. Il a été signalé plus tard et a été classé dans une autre catégorie.

Sources : Entretien avec une IAA; dossier de santé clinique d'une personne résidente, dont les notes d'évolution, les évaluations et le programme de soins; notes d'enquête du foyer; politique du foyer relative aux exigences en matière de rapport de la province (*Jurisdictional Reporting Requirements*); rapport d'incident critique.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 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.

A) 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.

Justification et résumé

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer oblige le personnel à réaliser une évaluation post-chute, qui comprend une discussion en petit groupe post-chute, et à documenter la chute à l'aide du formulaire d'évaluation dans le système informatique PointClickCare. Deux évaluations post-chute ont été entreprises après la chute de la personne résidente, toutefois, plusieurs sections des évaluations étaient incomplètes et ces dernières ne renfermaient pas de trace écrite d'une discussion en petit groupe post-chute.

L'IAA a confirmé que l'évaluation post-chute avait été réalisée, y compris la discussion en petit groupe post-chute, toutefois, certaines sections n'avaient pas été remplies. La directrice des soins a confirmé que l'évaluation post-chute et les notes sur la discussion en petit groupe post-chute étaient incomplètes.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Entretien avec une IAA et la directrice des soins; dossier clinique d'une personne résidente, dont les évaluations; politique du programme de prévention et de gestion des chutes.

B) 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 gestion de la douleur, notamment les interventions et les réactions de la personne résidente aux interventions, soient documentées.

Justification et résumé

Une personne résidente a dit ressentir une douleur aiguë et constante durant trois jours, douleur causée par une blessure.

La dose habituelle d'antidouleur de la personne résidente a été augmentée et des doses au besoin ont été prescrites. La documentation rendait compte de la douleur aiguë rapportée par la personne résidente dans plusieurs évaluations de douleur réalisées pendant cette période. Rien n'indiquait qu'un antidouleur avait été offert ou donné au besoin à la personne résidente pendant ces trois jours.

Trois IAA ont mentionné qu'un antidouleur supplémentaire était offert à la personne résidente. Toutefois, cette dernière le refusait chaque fois. Le personnel a reconnu que la documentation ne rendait pas compte des refus de l'antidouleur au besoin pour les trois jours en question.

Comme le personnel n'a pas consigné qu'un antidouleur supplémentaire avait été offert à la personne résidente et refusé par cette dernière, il n'était pas clair si son programme de soins avait été respecté sur le plan de la gestion de la douleur et si d'autres stratégies auraient pu être plus efficaces.

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Dossier de santé clinique d'une personne résidente, dont les notes d'évolution, les évaluations et le registre électronique d'administration des médicaments; entretien avec les IAA.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel retourne une personne résidente et la change de position de façon sécuritaire. Cela a causé une blessure à cette dernière.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que deux membres du personnel étaient requis en tout temps lors de son changement de position.

Les notes du foyer indiquaient qu'une PSSP avait retourné la personne résidente et l'avait changée de position sans l'aide d'un autre membre du personnel, ce qui lui avait causé une blessure.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'IAA qui travaillait au moment où la blessure s'est produite a confirmé que la PSSP n'avait pas suivi le programme de soins de la personne résidente sur le plan de la marche à suivre pour retourner la personne résidente et la changer de position. L'IAA a mentionné qu'il n'était pas sécuritaire pour la personne résidente qu'un seul membre du personnel s'occupe d'elle de façon autonome.

Quand la personne résidente n'a pas été retournée et changée de position de façon sécuritaire par le personnel, elle a subi une blessure.

Sources : Entretien avec une IAA; dossier de santé clinique d'une personne résidente, dont les notes d'évolution, les évaluations et le programme de soins; notes d'enquête du foyer, rapport d'incident critique.

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

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 108 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un registre documenté soit conservé au foyer, registre comprenant les dates auxquelles une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte ainsi qu'une description de la réponse en lien avec une plainte verbale du mandataire spécial d'une personne résidente.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Le mandataire spécial d'une personne résidente a déposé une plainte auprès de l'administratrice du foyer. L'administratrice a indiqué au mandataire spécial que sa plainte serait soumise à une enquête sur-le-champ et qu'elle organiserait une réunion pour présenter les résultats de l'enquête et le plan d'action pour faire en sorte que la personne résidente reçoive les soins appropriés.

Un examen du formulaire d'enquête sur les plaintes et des notes d'enquête du foyer a révélé que le foyer avait tenté de contacter le mandataire spécial à la fin de son enquête. Ne parvenant pas à contacter le mandataire spécial, on a laissé un message vocal pour organiser une réunion en face-à-face. Les notes d'enquête indiquaient que le foyer attendait une réponse du mandataire spécial.

La directrice des soins a mentionné qu'une réunion organisée n'avait pas eu lieu, mais que le mandataire spécial avait été informé des résultats de l'enquête en personne au foyer de soins de longue durée. La directrice des soins a reconnu que le dossier de la plainte ne renfermait pas la date à laquelle la réponse avait été donnée au mandataire spécial ni une description de la réponse.

Ne pas consigner la date et la description de la réponse donnée au mandataire spécial a pu donner lieu à un malentendu quant à ce qui avait été communiqué au mandataire spécial et au moment de cette communication.

Sources : Rapport d'incident critique; notes d'enquête du foyer; entretiens avec l'administratrice et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Dossiers

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Non-respect : de l'alinéa 274 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents

Article 274 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) ce dossier écrit soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier écrit d'une personne résidente soit tenu à jour en tout temps.

Justification et résumé

Une IAA a réalisé une évaluation de la peau de la tête au pied pour une personne résidente et a consigné des notes à propos d'une zone de la peau. Dans le formulaire d'évaluation de la tête au pied, l'IAA a également indiqué que les aiguillages seraient transmis au diététiste professionnel et au responsable du soin des plaies. Les évaluations hebdomadaires des plaies et/ou les évaluations hebdomadaires de l'intégrité épidermique altérée seraient elles aussi transmises.

L'IAA a expliqué à l'inspectrice ou à l'inspecteur que la zone de peau avait fait l'objet d'une évaluation plus approfondie et ne nécessitait pas de suivi supplémentaire.

L'IAA a reconnu qu'elle n'avait pas consigné ses constatations ni transmis les aiguillages au diététiste professionnel et au responsable du soin des plaies.

L'administratrice a mentionné que l'IAA avait évalué la personne résidente et avait déterminé la nature de la zone touchée. Elle s'était attendue à ce que l'IAA consigne les résultats de son évaluation dans le dossier écrit de la personne résidente.

**Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2021 sur le redressement des soins de 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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

En ne maintenant pas à jour le dossier écrit de la personne résidente sur le plan de l'intégrité épidermique altérée, un problème de peau grave pourrait ne pas avoir été identifié.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'administratrice et d'autres membres du personnel.