

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 9 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1088-0003**Type d'inspection :**Plainte
Incident critique
Suivi**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Peterborough,
Peterborough**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 30 mai, du 2 au 6 juin, et le 9 juin 2025.

L'inspection concernait :

Le dossier n° 00144069 – concernant le suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) n° 1 / 2025-1088-0002, paragraphe 6 (7) de la LRSLD, date d'échéance de conformité du 23 mai 2025

Le dossier n° 00144068 – concernant le suivi n° 1 – OC n° 2 / 2025-1088-0002, art. 272 du Règl. de l'Ont. 246/22, date d'échéance de conformité du 23 mai 2025

Le dossier n° 00144108 – Incident critique lié à des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente

Le dossier n° 00144357 – Incident critique lié à des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente

Le dossier n° 00145111 – Incident critique lié à des allégations de mauvais traitements entre personnes résidentes

Le dossier n° 00145528 – Incident critique lié à l'activation du code d'urgence

Le dossier n° 00148299 – Plainte relative à un refus de se coucher

Le dossier n° 00148658 – Plainte relative aux services de buanderie dans le foyer

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 émis aux termes de l'inspection n° 2025-1088-0002 en vertu de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 émis aux termes de l'inspection n° 2025-1088-0002 en vertu du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021).

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Admission, absences et sorties

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 provisoire soient fournis à une personne résidente à une date précise, tel que le précise son programme. Le programme de soins provisoire de la personne résidente précise que les soins doivent être prodigués d'une manière particulière.

Sources : dossiers cliniques, entretien avec le directeur ou la directrice de la qualité des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée. Un rapport d'incident critique a été remis au directeur ou à la directrice, faisant état de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente par le personnel. Les notes de l'enquête interne du foyer et l'entretien avec un directeur ou une directrice de la qualité des soins ont confirmé qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'avait pas respecté la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence.

Sources : rapport de l'IC, entretien avec un directeur ou une directrice de la qualité des soins, dossiers d'enquête interne, politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence

AVIS ÉCRIT : Autorisation d'admission à un foyer

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 51 (9) de la LRSLD (2021)

Autorisation d'admission dans un foyer

art. 51 (9) S'il refuse d'approuver l'admission, le titulaire de permis donne aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :

- a) le ou les motifs de son refus;
- b) une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état de l'auteur de la demande et ses besoins en matière de soins;
- c) une explication de la façon dont les faits à l'appui justifient le refus;
- d) les coordonnées du directeur.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un avis écrit refusant l'admission au foyer de soins de longue durée soit remis à un auteur d'une demande. Un avis écrit a été

envoyé au coordonnateur des placements et non directement à l'auteur de la demande. L'absence d'un avis écrit à l'auteur de la demande a eu des répercussions sur la transparence du foyer.

Sources : lettre de refus, lettre de réclamation et entretien avec le coordonnateur des admissions.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) (c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

(c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP prenne les mesures nécessaires pour répondre aux besoins des personnes résidentes présentant des comportements réactifs à une date précise. La politique du foyer stipule que tout le personnel soignant doit signaler et documenter tout comportement réactif manifesté par les personnes résidentes. D'après les notes d'enquête interne du foyer, la PSSP n'a pas réagi correctement à ces comportements, car elle n'a pas communiqué avec le personnel agréé ou n'a pas documenté les comportements comme il se doit. Au cours d'un entretien, le directeur ou la directrice de la qualité des soins a confirmé que la PSSP était censée informer le personnel agréé de tout comportement de ce type au moment où il se produisait.

Sources : dossiers d'enquête interne, politique relative aux comportements réactifs, entretien avec le directeur ou la directrice de la qualité des soins

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 59 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

par. 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations;

Le titulaire de permis n'a pas identifié les éléments déclencheurs susceptibles de réduire le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes. Deux personnes résidentes ont été impliquées dans un certain nombre d'altercations verbales et physiques. Le programme de soins des personnes résidentes n'incluait pas les éléments déclencheurs de comportement réactifs propres aux personnes résidentes, identifiés par les observations du personnel et les incidents documentés. L'absence d'identification des éléments déclencheurs chez les personnes résidentes les expose à des risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice.

Sources : dossier clinique, entretiens avec le personnel et le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers intérimaire.

AVIS ÉCRIT : Service de buanderie

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 95 (1) a) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de buanderie

par. 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre qui garantissent ce qui suit sont élaborées et mises en œuvre :

(iii) les vêtements souillés des résidents sont recueillis, triés et nettoyés et ils leur sont retournés

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les vêtements souillés des personnes résidentes soient recueillis, triés et nettoyés et qu'ils leur soient

retournés. La politique du foyer relative au processus de traitement des vêtements et du linge (Personal Clothing and Linen Process) indique que le linge souillé et les vêtements personnels sont collectés et triés à la source. Les observations des bacs à linge sale des personnes résidentes dans les aires du foyer ont montré que le linge souillé n'était pas trié. L'entretien avec une personne chargée du linge indique qu'il est courant que le linge souillé ne soit pas trié.

Sources : observations, politique relative au processus de traitement des vêtements et du linge (Personal Clothing and Linen Process), et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur ou la directrice soit respectée.

Plus précisément, l'exigence supplémentaire 9.1 (f) de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023) stipule que « au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure des exigences en matière d'équipement de protection individuelle (ÉPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés ».

En sortant de la chambre d'une personne résidente sous des précautions supplémentaires nécessitant le port d'un masque N95, une PSSP a été observée portant un ÉPI inapproprié et n'a pas retiré son ÉPI conformément à la pratique établie. Lors d'un entretien avec la personne responsable de la PCI, celle-ci a confirmé que l'ÉPI porté n'était pas adéquat et qu'il fallait le retirer en sortant de la pièce.

Sources : observations et entrevues avec la personne responsable de la PCI.

