

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 30 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1472-0003

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Extencicare (Canada) Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extencicare Timmins, Timmins

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 24 et le 26 août 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une éclosion entérique.
- Une demande liée à une chute entraînant une blessure.

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

Prévention et contrôle des infections  
Prévention et gestion des chutes

## 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 : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'intention du personnel et de ceux qui lui fournissent des soins directs.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait plusieurs chutes, ce qui a modifié sa mobilité.

L'ordonnance d'un médecin précisait comment déplacer la personne résidente en ayant recours à une aide à la mobilité particulière en raison du risque de chute.

Selon les notes d'évolution, la capacité de la personne résidente à se déplacer avec l'aide à la mobilité particulière s'est améliorée plusieurs jours plus tard.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'en raison du risque de chute, celle-ci utiliserait une aide à la mobilité différente de celle qui avait été prescrite comme principal moyen de locomotion. Le programme de soins indiquait également que certains membres du personnel pouvaient aider la personne résidente à se déplacer à l'extérieur de sa chambre et avec l'aide à la mobilité précisée dans l'ordonnance du médecin. Le programme de soins ne fournissait aucune information sur la mobilité de la personne résidente ou l'utilisation d'aides à la mobilité dans sa chambre.

Plusieurs membres du personnel ont déclaré que les capacités de mobilité de la personne résidente n'étaient pas clairement décrites. Ils ont reconnu que les informations sur la mobilité de la personne résidente étaient contradictoires et que lorsque les besoins de celle-ci ont changé, les informations auraient dû être mises à jour et clairement reflétées dans le programme de soins.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires au personnel a exposé la personne résidente à un risque de chutes et de blessures dans l'avenir.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente; entretiens avec le directeur adjoint des soins et d'autres membres du 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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à son évaluation de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

### **Justification et résumé**

Un médecin a prescrit une méthode de transfert d'une personne résidente à une date précise.

Le lendemain, un physiothérapeute a évalué la personne résidente et recommandé une autre méthode de transfert.

Plusieurs jours plus tard, les notes d'évolution indiquaient que les membres du personnel transféraient la personne résidente en ayant recours à une troisième méthode de transfert.

Un membre du personnel a déclaré qu'il avait d'abord transféré la personne résidente à l'aide de la méthode recommandée par le physiothérapeute, mais qu'il avait dû procéder autrement, suivant les instructions d'un membre du personnel autorisé. Ce dernier a déclaré qu'il n'était pas au fait des recommandations du physiothérapeute relativement au recours à une méthode de transfert particulière, et qu'il avait donc transféré la personne résidente en se fondant sur sa propre évaluation des capacités de celle-ci.

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le personnel autorisé et le directeur adjoint des soins ont reconnu que les membres de l'équipe interdisciplinaire auraient dû procéder à des évaluations concertées, faute de quoi le personnel n'a pas reçu de directives claires sur la façon de transférer la personne résidente en toute sécurité.

L'absence d'une évaluation concertée effectuée par le personnel et les autres personnes participant aux soins d'une personne résidente a mis en danger la sécurité de cette dernière, en raison du manque de clarté des directives relatives à son transfert.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente; politiques du titulaire de permis sur les programmes de soins et le soulèvement et les soins sécuritaires; entretiens avec le directeur adjoint des soins et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (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 une personne résidente, tel que le précise ledit programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'en raison d'un risque de chute, le personnel devait utiliser une technique particulière de prévention des chutes à des moments précis.

Au cours de l'inspection, il a été observé à deux reprises que la personne résidente ne disposait pas de l'intervention de prévention des chutes, comme indiqué.

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Plusieurs membres du personnel ont confirmé que le programme de soins n'était pas suivi et que le personnel était censé procéder aux interventions de prévention des chutes décrites dans le programme de soins.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les interventions de prévention des chutes décrites dans le programme de soins de la personne résidente soient réalisées comme prévu a exposé celle-ci à un risque de préjudice accru.

**Sources :** Observations d'une personne résidente; examen du programme de soins d'une personne résidente et des politiques du titulaire de permis sur les programmes de soins et la prévention et la gestion des chutes; entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 004 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 qu'une personne résidente soit réévaluée lors de changements observés dans son état de santé.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie au moins des stratégies pour réduire ou atténuer les chutes et qu'il soit respecté.

Plus particulièrement, le personnel n'a pas respecté la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, qui exige du personnel qu'il procède à une évaluation précise.

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Justification et résumé**

La politique du foyer sur le programme de prévention et de gestion des chutes souligne la responsabilité du personnel infirmier de procéder à une évaluation précise, et ce, chaque fois que des changements sont observés dans l'état d'une personne résidente.

Une personne résidente a fait une chute, entraînant un changement dans son état de santé. L'évaluation précise de la personne résidente n'a pas été réalisée.

Le personnel autorisé et le directeur adjoint des soins ont reconnu qu'une évaluation précise aurait dû être réalisée après les changements observés dans l'état de santé de la personne résidente, mais que cela n'a pas été fait.

Le fait de ne pas veiller pas à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation précise, alors que son état de santé a changé, a exposé celle-ci au risque que les soins appropriés ne lui soient pas prodigués.

**Sources :** Dossier médical d'une personne résidente; politiques du titulaire de permis sur le programme de prévention et de gestion des chutes et le soulèvement et les soins sécuritaires; entretiens avec le directeur adjoint des soins et des membres du personnel autorisés.

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

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 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du 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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ses politiques écrites en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) soient respectées. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis en matière de vérification de l'équipement de protection individuelle (EPI).

**Justification et résumé**

La politique du titulaire de permis en matière d'équipement de protection individuelle exige que le foyer procède à des vérifications afin de s'assurer que l'EPI est porté et retiré correctement et qu'il est utilisé et choisi de manière appropriée. La politique détermine un nombre minimal d'observations des membres du personnel infirmier et d'autres membres du personnel devant être effectuées en situation normale ou lors d'une éclosion.

Un examen des vérifications fournies par le foyer sur une période donnée a révélé que le nombre de vérifications réalisées n'était pas conforme à la politique du foyer et que les titres de poste du personnel ayant fait l'objet d'une vérification n'étaient pas inscrits.

La personne responsable de la PCI a reconnu que les vérifications relatives à l'EPI du personnel n'avaient pas été réalisées comme prévu.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les vérifications du foyer relatives à l'EPI soient réalisées comme il se doit peut avoir augmenté le risque de transmission d'infections, en empêchant la détermination et la correction de toute lacune dans les pratiques.

**Sources :** Vérifications relatives à l'EPI fournies par le foyer; politique du titulaire de permis sur l'équipement de protection individuelle; *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*, avril 2024, et *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023; entretien avec la personne responsable de la PCI.

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de l'alinéa 102 (11) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (11) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer se conforme au système de gestion des éclosions.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques et protocoles écrits élaborés dans le cadre du système de gestion des éclosions soient respectés. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis concernant la déclaration d'une éclosion.

### **Justification et résumé**

La politique du titulaire de permis sur la déclaration des éclosions stipule que la personne responsable de la PCI doit connaître la définition de cas et déclarer une éclosion lorsque les symptômes répondent aux critères déterminés. En outre, elle doit immédiatement informer le bureau de santé publique de la région de la présence suspectée d'une éclosion.

La liste de cas d'infection liés à une éclosion dans le foyer comportait une date précise pour le début de l'isolement d'une personne résidente symptomatique. Deux jours plus tard, le foyer a identifié d'autres personnes résidentes



**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

symptomatiques, mais elles n'ont été signalées au bureau de santé publique que le lendemain.

La personne responsable de la PCI a reconnu que le bureau de santé publique n'avait pas été informé comme prévu.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les politiques du titulaire de permis concernant la déclaration d'une éclosion soient respectées a pu exposer d'autres personnes résidentes à des agents infectieux suspectés ou identifiés.

**Sources :** Listes des cas d'éclosion; politiques du titulaire de permis relatives à la gestion des éclosions; entretien avec un inspecteur en santé publique et la personne responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

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

### **Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit signalé au directeur un incident ayant entraîné une blessure et un changement important de l'état de santé d'une personne résidente, et ce, au plus tard le jour ouvrable suivant l'incident.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a fait plusieurs chutes, ce qui a donné lieu à son transport à l'hôpital et provoqué un changement important dans son état de santé, constaté à son retour au foyer.

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Un rapport d'incident critique (IC) concernant les chutes n'a pu être trouvé.

Le directeur adjoint des soins a confirmé qu'un rapport d'incident critique au sujet de ces chutes n'avait pas été remis au directeur.

Le fait de ne pas avoir fait rapport au directeur comme il se doit peut avoir compromis la sécurité de la personne résidente en raison d'un manque de transparence envers le directeur.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente; dossier d'enquête du foyer; rapports de gestion des risques du foyer; politique du titulaire de permis sur les rapports d'incidents critiques; entretien avec le directeur adjoint des soins.