

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1157-0001

Type d'inspection :

Plainte, incident critique

Titulaire de permis : Kingsway Nursing Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Tendercare Living Centre,
Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 10 et le 13 janvier 2025

L'inspection effectuée concernait :

- Une inspection relativement à une plainte.
- Une inspection relativement à une allégation de mauvais traitement d'ordre physique de la part du personnel envers une personne résidente.
- Une inspection relativement à une altercation entre personnes résidentes.
- Une inspection relativement à une chute entraînant une blessure.

Les inspections effectuées concernaient :

- Deux inspections relativement à des chutes entraînant une blessure.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 6 (1) a) de la *LRSLD (2021)*.

Programme de soins

Par. 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 :

(a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit pour une personne résidente indique les soins prévus pour la personne résidente.

Deux incidents ont été signalés relativement aux comportements réactifs d'une personne résidente envers une autre personne résidente. Selon les dossiers de santé de la personne résidente, un soutien en cas de troubles du comportement a été amorcé, documentant les interventions requises. Lors d'un entretien avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et la directrice des soins infirmiers (DSI), il a été admis que le point focal, l'objectif et les interventions concernant les comportements réactifs n'ont pas été consignés dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique (RIC), dossiers de santé de la personne résidente, et entretiens avec l'IA et la DSI. [741 722]

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 25 (1) de la *LRSLD (2021)*.

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 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 la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence envers les résidents soit respectée lorsqu'une personne résidente a signalé avoir été heurtée à la tête par une personne préposée aux services de soutien personnel.

La politique « Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect » [tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence] du foyer de soins de longue durée (FSLD) indique que le foyer s'engage à fournir un environnement sûr et sécuritaire dans lequel les personnes résidentes sont traitées avec dignité et respect ainsi que protégées contre toutes les formes de mauvais traitements et de négligence en tout temps.

Selon les dossiers d'enquête du FSLD et le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI), le mauvais traitement physique allégué envers la personne résidente était fondé et des mesures disciplinaires ont été prises.

Sources : RIC, notes d'enquête du FSLD, le Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program [programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence des personnes résidentes], et un entretien avec le ou la DASI. [741722]

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Par. 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 que le programme de prévention et de gestion des chutes fournisse des stratégies afin de diminuer les chutes ou d'en atténuer les effets, notamment par l'utilisation de fournitures et d'appareils lorsqu'une personne résidente est tombée.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que les politiques écrites élaborées en vue du programme de prévention et de gestion des chutes sont respectées.

Plus précisément, la politique du foyer sur le programme de prévention et de gestion des chutes indique que le FSLD doit promouvoir l'usage de précautions universelles contre les chutes, alors qu'aucune d'elles n'a été utilisée pour la personne résidente.

Les dossiers cliniques et un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont indiqué que la personne résidente ne disposait pas des interventions contre les chutes au moment de sa chute qui a entraîné un important changement de son état de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête, et un entretien avec une ou un IAA. [741773]

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique

- 1) se fasse évaluer la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique,
- 2) reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour favoriser la guérison,
- 3) soit réévaluée une fois par semaine pour l'altération de l'intégrité épidermique.

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier clinique de la personne résidente et un entretien avec une ou un IAA ont indiqué qu'aucune évaluation de l'état de la peau de la personne résidente n'avait été réalisée pour l'altération de l'intégrité épidermique lors de sa réadmission au FSLD à la sortie de l'hôpital. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'évaluation hebdomadaire réalisée et, même si le programme de soins indiquait de fournir un traitement conformément au dossier d'administration des traitements (TAR), il n'y avait pas d'ordonnance de traitement pour gérer l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, et un entretien avec une ou un IAA. [741773]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Gestion de la douleur

Par. 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 n'a pas respecté le programme d'identification et de prise en charge de la douleur lorsqu'une personne résidente n'a pas été évaluée au moyen de l'outil Pain Assessment in Advanced Dementia [évaluation de la douleur pour les cas de démence avancée] (PAINAD) et qu'elle n'a pas reçu d'analgésique ou de mesures de confort quand elle s'est plainte de douleur.

Conformément à la disposition 11 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que les politiques écrites élaborées pour le programme sur la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique d'identification et de prise en charge de la douleur du foyer indique qu'une PAINAD doit être remplie pour les personnes résidentes qui ont une déficience cognitive.

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

La politique indique en outre d'utiliser des interventions non pharmacologiques et d'évaluer l'efficacité des stratégies de contrôle de douleur; rien de cela n'a eu lieu pour la personne résidente.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, et un entretien avec une ou un IAA [741773]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : Par. 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Par. 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait des stratégies écrites en place pour atténuer les comportements réactifs d'une personne résidente concernant un court congé autorisé avec son conjoint ou sa conjointe. Les notes d'évolution indiquaient que lorsque le conjoint ou la conjointe de la personne résidente a tenté d'amener la personne résidente à l'extérieur du foyer, cette dernière a indiqué vouloir partir avec le conjoint ou la conjointe et a manifesté des comportements réactifs. Les notes d'évolution indiquaient également que le conjoint ou la conjointe a été informé(e) qu'il ou elle pouvait emmener la personne résidente sans personne accompagnatrice ou un membre de la famille en raison de préoccupations liées à la sécurité, mais lors d'une autre tentative pour emmener la personne résidente, il ou elle n'a pas reçu cette autorisation. Il n'y avait pas de stratégies écrites dans le programme de soins de la personne résidente pour contribuer à atténuer ses comportements réactifs.

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec l'équipe d'intervention dans le domaine de la santé mentale pour les personnes âgées et la travailleuse sociale ou le travailleur social (TS). [741773]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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 ne s'est pas assuré de respecter la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les FSLD publiée par le directeur.

Selon l'exigence supplémentaire 7.3 aux termes de la Norme de PCI pour les FSLD (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des vérifications soient régulièrement effectuées (au moins une fois tous les trimestres) pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, comme l'a confirmé la responsable de la PCI.

Sources : Examen des vérifications disponibles dans le foyer, et un entretien avec la responsable de la PCI. [741722]

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Par. 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

- A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
- B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
- iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte verbale qu'il a reçue ou qu'a reçue un membre du personnel concernant une personne résidente soit traitée lorsque le conjoint ou la conjointe de la personne résidente s'est plaint au personnel de première ligne de ne pas pouvoir emmener la personne résidente pour un court congé autorisé. Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que le conjoint ou la conjointe a fait plusieurs tentatives pour l'emmener sans succès en court congé autorisé. Le conjoint ou la conjointe de la personne résidente a exprimé sa plainte aux membres du personnel. Aucun document n'a pas été trouvé dans le journal des plaintes du FSLD pour indiquer que la plainte avait été traitée.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, journal des plaintes, et un entretien avec la ou le TS.

[741773]

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents actuels

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 275 du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents actuels

Art. 275. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les dossiers des résidents du foyer soient conservés 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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les dossiers d'une personne résidente soient conservés au foyer lorsque la ou le TS n'était pas en mesure de communiquer les dossiers à l'inspecteur ou l'inspectrice 741773.

Sources : Correspondance par courriel entre le tuteur-curateur public et l'inspecteur ou inspectrice 741773, et un entretien avec la ou le TS n° 103.
[741773

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702