

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 juillet 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1471-0002**Type d'inspection :**Plainte
Incident critique**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Maple View de Sault
Sainte-Marie, Sault Sainte-Marie

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 11 juillet 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 14 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à un incident impliquant un médicament;
- Un dossier lié à des soins inappropriés/inadéquats prodigués à une personne résidente par le personnel;
- Un dossier lié à de mauvais traitements présumés infligés à une personne résidente par le personnel;
- Un dossier lié à de la négligence présumée envers une personne résidente par un membre du personnel;
- Un dossier lié à une chute avec blessure d'une personne résidente;
- Un dossier lié à une plainte concernant les soins à une personne résidente;
- Un dossier lié à une plainte concernant les soins palliatifs d'une personne résidente.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies
Soins liés à l'incontinence
Gestion des médicaments
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Soins palliatifs

Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Le **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées verrouillées.

Lors de l'inspection, il a été constaté qu'une porte donnant accès à une aire non résidentielle n'était pas verrouillée.

Sources : observations effectuées le 8 juillet 2025 et entretien avec un membre du personnel.

Date de la rectification apportée : 11 juillet 2025

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et gestion des chutes dans le foyer relatif à la chute d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que les politiques écrites élaborées dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes dans le foyer soient respectées.

Une personne résidente a subi une blessure à la suite d'une chute sans témoin, et une évaluation complète après sa chute, incluant le dossier de surveillance clinique, n'a pas été effectuée conformément au programme de prévention et de gestion des chutes.

Sources : programme de prévention et gestion des chutes dans le foyer sur la politique d'évaluation après la chute, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Non-respect n° 003 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.

Conformément à l'exigence supplémentaire de l'alinéa 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation appropriée de l'ÉPI soit respectée.

Le personnel a été observé en train de prodiguer des soins à une personne résidente nécessitant des précautions supplémentaires sans utiliser d'équipement de protection individuelle comme indiqué sur une affiche placée sur sa porte.

Sources : observations et entretien avec le ou la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Plaintes

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 108 (1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas donné suite à une plainte écrite alléguant qu'une personne résidente avait subi un préjudice.

Le foyer a reçu une plainte écrite alléguant des soins inadéquats prodigués à une personne résidente et n'a pas reçu de réponse écrite à cette allégation.

Sources : lettre de plainte et réponse adressée au plaignant, rapport d'IC associé, politique du titulaire de permis sur les plaintes et le service à la clientèle, dernière révision en juin 2025, et entretien avec un membre du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Soins de la peau et des plaies

Non-respect n° 005 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (i) 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, (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) (a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre une formation de remise à niveau pour le personnel infirmier autorisé concernant les outils d'évaluation appropriés et la documentation requise pour les personnes résidentes ayant des plaies, conformément au programme des soins de la peau et des plaies du titulaire de permis.
2. Effectuer des vérifications hebdomadaires, pendant une période de quatre semaines, concernant une personne résidente, afin de s'assurer que les outils d'évaluation de la peau et des plaies et la documentation appropriée ont été complétés.
3. Conserver la documentation des mesures prises en lien avec les parties 1 et 2 de cet ordre.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se fasse évaluer les plaies à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu pour l'évaluation des plaies.

Une personne résidente présentait une zone d'altération de l'intégrité épidermique, comme l'indiquent ses dossiers médicaux.

Un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, permettant de recueillir les détails spécifiques de la plaie et de détecter une détérioration, n'a pas été utilisé.

Sources : examen des dossiers médicaux d'une personne résidente, incluant les évaluations de la peau, notes d'évolution, politique du titulaire de permis sur le programme de soins de la peau et des plaies et la gestion des plaies, dernière révision en juin 2025, lettre de plainte soumise au foyer, et entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
29 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Administration des médicaments

Non-respect n° 006 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Par. 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Préparer le scénario impliquant une personne résidente sous forme d'étude de cas et inclure les facteurs permettant de prévenir une récurrence. Présenter cette étude de cas à l'ensemble du personnel infirmier autorisé qui travaille régulièrement dans le foyer, afin de renforcer leur sensibilisation et leurs connaissances en matière d'administration sécuritaire des médicaments.
2. Tenir un registre documenté de la présentation de l'étude de cas, incluant les dates et les noms du personnel infirmier autorisé ayant participé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente comme prescrits.

Une personne résidente a reçu, par erreur, des médicaments qui ne lui avaient pas été prescrits, ce qui a entraîné un changement de son état de santé.

Sources : examen du rapport d'IC, dossiers médicaux d'une personne résidente, dossier d'enquête interne du foyer, et entretien avec un membre du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
29 septembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Gestion de la douleur

Non-respect n° 007 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre une formation en personne à l'intention de tout le personnel infirmier autorisé employé de façon régulière dans le foyer, portant sur les exigences relatives aux évaluations de la douleur, conformément à la politique d'identification et de gestion de la douleur du titulaire de permis. La formation devra inclure, sans s'y limiter, la distinction entre les situations où une évaluation complète de la douleur est requise selon la politique du titulaire de permis, et les situations où une évaluation à l'aide de l'échelle numérique ou de l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée est exigée avant et après l'administration d'analgésiques narcotiques au besoin (PRN).
2. S'assurer qu'un registre écrit de la formation, incluant le nom de la personne qui a dispensé la formation, la date et l'heure de la formation, ainsi que les noms des membres du personnel ayant participé, soit tenu à jour.
3. Effectuer des vérifications sur trois dossiers de personnes résidentes pendant une période de quatre semaines afin de s'assurer que les évaluations complètes de la douleur et les évaluations requises avant et après l'administration des analgésiques narcotiques PRN sont effectuées comme prévu. Mettre en œuvre des mesures correctives pour remédier à toute lacune identifiée au cours du processus de vérification et conserver la documentation des mesures correctives appliquées.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation complète de la douleur soit réalisée par le personnel infirmier autorisé lorsque la douleur d'une personne résidente n'était pas soulagée par les mesures d'intervention initiales.

a) Plus précisément, une personne résidente présentait des signes de douleur accrue, comme en témoigne une augmentation marquée de l'utilisation des médicaments contre la douleur. Pendant cette période, aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, incluant les notes d'évolution et l'administration des médicaments, politique du foyer sur l'identification et la gestion de la douleur (Pain Identification and Management), dernière révision en juin 2025, et entretiens avec des membres du personnel.

b) Plus précisément, un membre du personnel a informé un membre du personnel autorisé qu'une personne résidente montrait des signes de douleur lorsqu'elle était déplacée pendant les soins. La personne résidente a continué de se plaindre de douleur, mais n'a pas fait l'objet d'une évaluation complète de la douleur, et le médecin n'a pas été contacté concernant cette nouvelle douleur.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, incluant les notes d'évolution, politique du foyer sur l'identification et la gestion de la douleur (Pain Identification and Management), dernière révision en juin 2025, et entretiens avec des membres du personnel.

c). Plus précisément, une personne résidente a manifesté des signes d'inconfort accru, ce qui a entraîné des changements dans ses analgésiques, mais aucune évaluation complète de la douleur n'a été réalisée pendant cette période.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, la politique du foyer sur l'identification et la gestion de la douleur (Pain Identification and Management), dernière révision en juin 2025, et entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre de conformité au plus tard le 29 septembre 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur ou à la directrice de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou la directrice ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur ou la directrice prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commercial à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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 (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur ou d'une inspectrice.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

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 (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.