

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007

Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*

Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection des FSLD

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de
Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY, ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Copie destinée au public

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| Date du rapport : | N° d'inspection : | N° de registre : | Type d'inspection : |
| 11 décembre 2019 | 2019_805638_0028 | 020330-19 | Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques |

Titulaire de permis

Extendicare (Canada) Inc.
3000, avenue Steeles Est, bureau 103, MARKHAM, ON L3R 4T9

Foyer de soins de longue durée

Extendicare Kapuskasing
45, rue Ontario, CP 460, KAPUSKASING, ON P5N 2Y5

Nom de l'inspecteur

RYAN GOODMURPHY (638)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 4 et 5 décembre 2019.

Les éléments suivants ont été inspectés pendant cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques :

– Un registre qui concernait un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'un résident de la part d'un résident, incident qui avait donné lieu à une blessure.

Une inspection n° 2019_805638_0029 relative à une plainte a été menée conjointement avec la présente inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur/directeur des soins infirmiers (DSI), infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et résidents.

L'inspecteur a également effectué une visite quotidienne des aires réservées aux résidents, il a observé la fourniture des soins et les interactions entre le personnel et les résidents; il a examiné des dossiers médicaux pertinents de résidents ainsi que des politiques et des marches à suivre du foyer.

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

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

**2 AE
0 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA**

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins
En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident fût réévalué et à ce que son programme de soins fût réexaminé et révisé tous les six mois au moins, et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur; il concernait un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'un résident de la part d'un résident, incident qui avait donné lieu à une blessure. Le rapport mentionnait que le résident 002 avait eu une vive réaction d'ordre physique envers le résident 001, qu'il s'en était suivi que le résident 001 avait eu en retour une vive réaction d'ordre physique, ce qui avait causé au résident 002 une blessure nécessitant une intervention.

A) L'inspecteur 638 a examiné les dossiers médicaux du résident 001, et a décelé dans les notes d'évolution, des mentions indiquant que le résident 001 et le résident 002 avaient mutuellement affiché des comportements réactifs :

- premier cas - le personnel avait trouvé le résident 001 et le résident 002 qui affichaient mutuellement des comportements réactifs d'ordre verbal et physique;
- deuxième cas - le résident 001 avait eu une vive réaction d'ordre verbal envers le résident 002 parce que ce dernier le perturbait;
- troisième cas - le résident 001 avait signalé que le résident 002 avait eu à son égard une vive réaction d'ordre physique, et qu'en retour il était avait eu une vive réaction d'ordre physique à l'égard du résident 002, ce qui avait causé une blessure à ce dernier;
- quatrième cas - le résident 001 avait signalé que le résident 002 avait eu à son égard une réaction vive d'ordre physique, ce qui avait causé une blessure au résident 001.

L'inspecteur 638 a examiné le programme de soins du résident 001, et bien que le résident 002 fût mentionné comme un élément déclencheur de comportement, il n'y avait pas de mention indiquant que le résident 001 fût susceptible d'avoir une vive réaction d'ordre physique.

B) L'inspecteur 638 a examiné les dossiers médicaux du résident 002, et a repéré dans les notes d'évolution, des mentions indiquant que le résident 002 et le résident 001 avaient mutuellement affiché des comportements réactifs :

- premier cas - le résident 002 avait été interpellé par l'autre résident et la PSSP avait remarqué que le résident se protégeait du résident 001;
- deuxième cas - on a trouvé le résident 002 qui affichait des comportements réactifs par suite de l'attitude du résident 001. Après l'incident, le résident 002 avait rouvert la porte du résident 001 et avait de nouveau eu une vive réaction d'ordre verbal à l'égard du résident 001;
- troisième cas - le résident 002 était entré dans la chambre du résident 001 et ce dernier avait eu une vive réaction d'ordre verbal envers le résident 002 pour les accusations qu'il faisait, la situation s'était envenimée et les deux résidents avaient alors mutuellement eu de vives réactions d'ordre verbal;

– quatrième cas - on a trouvé le résident 002 assis sur une chaise; il présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique en raison d'un incident de comportements réactifs d'ordre physique entre le résident 001 et lui-même.

L'inspecteur a examiné le programme de soins du résident 002 et a été incapable de trouver que le résident 002 était susceptible d'avoir de vives réactions d'ordre physique, ou que le résident 001 était susceptible d'être un déclencheur de comportements pour le résident 002.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 638, la PSSP 102 a indiqué que le personnel se référait au programme de soins du résident pour avoir de l'information sur les types de comportements et sur les interventions pour les gérer. La PSSP a indiqué qu'elle signalait tout comportement ou tout changement au responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 638, l'IAA 101 (responsable du Projet OSTC) a indiqué qu'il incombait au personnel autorisé de mettre à jour le programme de soins du résident, qui était ce à quoi le personnel se référait pour des renseignements précis sur le résident et pour des interventions. L'inspecteur a examiné les programmes de soins des résidents 001 et 002 avec l'IAA qui a indiqué que tous les deux avaient des antécédents de comportements réactifs d'ordre physique mutuels. Après examen de leurs programmes de soins, l'inspecteur a demandé si l'on aurait dû identifier leur potentiel d'avoir de vives réactions d'ordre physique, et l'IA a indiqué qu'on aurait dû le faire.

La politique du foyer intitulée *Responsive Behaviours - RC-17-01-04* (comportements réactifs - RC-17-01-04) indiquait que l'équipe interdisciplinaire devait veiller à ce que le programme de soins comprenne une description du comportement, des déclencheurs de comportements, des mesures préventives, de l'intervention spécifique auprès du résident pour se pencher sur les comportements, et des stratégies que le personnel doit suivre quand les interventions ne sont pas efficaces.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 638, l'administrateur/DSI a indiqué que les sujets d'inquiétude concernant les comportements nouveaux ou qui évoluent, étaient transmis au projet OSTC, et que l'on référait le personnel au programme de soins du résident pour avoir de l'information, ce qui incluait les types de comportements, les déclencheurs de comportements, et les causes. Après examen par l'inspecteur de leurs constatations dans les programmes de soins des résidents 001 et 002, l'administrateur/DSI a indiqué que le fait que le type de comportement n'ait pas été inclus dans les programmes de soins de ces résidents constituait un « coup manqué ». [Alinéa 6. (10)b)]

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 24. (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 des 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.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi, de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.**

Constatations :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque avait des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit, ce qui causait un préjudice, en fit immédiatement rapport au directeur.**

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant un incident de mauvais traitement d'ordre physique d'un résident de la part d'un résident, incident qui avait donné lieu à une blessure. Veuillez consulter l'AE no 1 pour plus de détails.

L'inspecteur 638 a examiné les dossiers médicaux électroniques du résident 001, et a remarqué une note d'évolution qui mentionnait un autre incident qui avait été signalé par le résident 001 environ un mois après l'incident ayant fait l'objet du rapport. Le résident avait allégué que le résident 002 avait de nouveau eu une vive réaction d'ordre physique à son égard et qu'en conséquence, le résident 001 avait subi une altération de l'intégrité épidermique à un certain endroit.

L'inspecteur a examiné l'arbre de décision des mauvais traitements; il indiquait que si un résident avait fait usage de la force envers un autre résident, ce qui avait causé une lésion, le titulaire de permis devait immédiatement signaler l'incident au directeur.

L'inspecteur a examiné les incidents du foyer dont on avait fait rapport, et constaté qu'il n'y avait pas de rapport concernant l'incident susmentionné.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 638, la PSSP 102 a déclaré que chaque fois que l'on constatait un incident de mauvais traitement d'un résident de la part d'un résident, on veillait à assurer la sécurité du résident et on faisait rapport de l'incident au personnel autorisé.

La politique du foyer intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program - RC-02-01-01* (programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents - RC-02-01-01), mise à jour pour la dernière fois en juin 2019, indiquait que tous les foyers mettront en œuvre un programme complet visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, notamment des mesures pour promouvoir la production en temps voulu de rapports exhaustifs internes et externes aux fins de divulgation.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 638, l'administrateur/DSI a indiqué que le processus de présentation de rapports du foyer consistait à faire rapport de tous les incidents à l'administrateur/DSI, et si l'incident avait lieu en dehors des heures de bureau, le personnel autorisé devait suivre la procédure d'appel en dehors des heures de bureau, et l'administrateur/DSI devait rédiger le rapport d'incident critique. Après examen de l'incident susmentionné, l'administrateur/DSI a indiqué avoir été mis au courant de l'incident entre le résident 001 et le résident 002, et que le personnel « aurait probablement dû faire rapport » de l'incident. [Alinéa 24. (1) 2.]

Émis le 12 décembre 2019.

Signature de l'inspecteur

Rapport original signé par l'inspecteur.