

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 9 mai 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1071-0004**Type d'inspection :**Plainte  
Incident critique  
Suivi**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Oshawa, Oshawa

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 24, 25, 28, 29 et 30 avril 2025 et le 1<sup>er</sup>, 2, 5, 6, 7, 8 et 9 mai 2025

L'inspection concernait :

Un dossier lié au suivi n° 1 – en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une date d'échéance de conformité du 15 avril 2025

Un dossier lié à une épidémie d'infection respiratoire.

Un dossier lié à une plainte relative à une divulgation de renseignements personnels sur la santé.

Un dossier lié à un épisode d'étouffement d'une personne résidente.

Un dossier lié au suivi n° 1 – en vertu du paragraphe 6 (4) de la LRSLD (2021), avec une date d'échéance de conformité du 4 avril 2025.

Un dossier de plainte lié à un refus d'admission.

Un dossier lié à des allégations de soins inappropriés prodigués à une personne résidente par le personnel.

Deux dossiers liés à la chute de personnes résidentes ayant entraîné une blessure.

Deux dossiers liés à de mauvais traitements d'ordre psychologique de la part du personnel envers des personnes résidentes.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 émis aux termes de l'inspection n° 2025-1071-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 émis aux termes de l'inspection n° 2025-1071-0003 en vertu du paragraphe 6 (4) de la LRSLD (2021).

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

- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Droits et choix des personnes résidentes
- Prévention et gestion des chutes
- Admission, absences et sorties

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : sous-alinéa 3 (1) 19. iv. de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) d'un incident lié à la divulgation de renseignements personnels sur la santé d'une personne résidente.

Un examen des notes d'enquête interne du foyer a montré que les renseignements sur la santé de la personne résidente n'étaient pas confidentiels. Lors d'un entretien, le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les renseignements sur la santé de la personne résidente ont été partagés.

**Sources :** notes de l'enquête interne, rapport d'incident critique (RIC) et entretien avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 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 respecté le programme de soins d'une personne résidente qui précisait un aspect des soins.

Un RIC a été soumis concernant la chute d'une personne résidente. L'examen du programme de soins provisoire de la personne résidente indiquait qu'une mesure d'intervention a été mise en œuvre après l'incident. Lors d'un entretien avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI), le ou la DASI a confirmé que le personnel ne suivait pas un aspect du programme de soins de la personne résidente lié à la mesure d'intervention.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente, politiques internes, RIC et entretien avec le ou la DASI.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

### **Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
  - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une inquiétude concernant un cas de mauvais traitements présumés ou suspectés à l'égard d'une personne résidente fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée a reçu un rapport verbal d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) concernant une suspicion de mauvais traitements d'ordre psychologique à l'égard d'une personne résidente. Le membre du personnel autorisé a signalé l'incident à la PSSP et le ou la DASI, mais l'enquête n'a été ouverte que dix jours après l'allégation initiale de mauvais traitements.

**Sources :** notes de l'enquête interne du foyer et entretiens avec l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et la PSSP.

### **AVIS ÉCRIT : Rapports d'enquête**

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

#### **Non-respect du : paragraphe 27 (2) de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Une PSSP a signalé une allégation de mauvais traitements d'ordre physique à l'encontre d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. La personne résidente a déclaré qu'au cours d'un transfert, le membre du personnel avait été brusque, ce qui lui avait causé une blessure à la peau. L'enquête et le rapport d'inspection du foyer ne comprenaient pas les résultats de l'enquête ni les mesures prises à la suite de l'incident, ce qui a été confirmé par le ou la DASI.

**Sources :** RIC, enquête interne du foyer, entretien avec le ou la DASI.

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (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 communique les renseignements sur lesquels ils

sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par 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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport verbal d'une PSSP concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre psychologique à l'égard d'une personne résidente par une autre PSSP soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice. En conséquence, le directeur ou la directrice n'a été informé(e) que dix jours après l'allégation.

**Sources :** RIC, enquête interne du foyer, entretiens avec la PSSP, l'IAA et le ou la DASI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport verbal d'une PSSP concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique à l'égard d'une personne résidente par un autre membre du personnel soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice.

**Sources :** RIC, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretiens avec la PSSP et le ou la DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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

### **Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit transférée de manière sécuritaire.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la chute d'une personne résidente. L'examen des images de vidéosurveillance de la chute montrait que le personnel n'a pas transféré la personne résidente de manière sécuritaire après la chute. Le ou

la DASI a confirmé que la personne résidente devait être transférée après la chute survenue.

**Sources :** politiques internes, images de vidéosurveillance, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le ou la DASI.

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

Problème de non-conformité n° 007 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 veillé à ce que les mesures de prévention des chutes d'une personne résidente soient en place.

Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la chute d'une personne résidente. L'examen des notes d'enquête interne du foyer indiquait que la mesure d'intervention en matière de prévention des chutes de la personne résidente ne fonctionnait pas. L'examen des images de vidéosurveillance de la chute montrait que la mesure d'intervention en matière de prévention des chutes de la personne résidente n'était pas en place.

L'IAA a confirmé qu'au moment de la chute, rien n'indiquait que la mesure d'intervention de prévention des chutes était en place. Lors d'un entretien avec le ou la DASI, il a été confirmé que l'alarme de prévention des chutes de la personne résidente n'avait pas été mise en place.

**Sources :** notes d'enquête interne, images de vidéosurveillance, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec l'IAA et le ou la DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de non-conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 55 (2) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce

(e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation par un diététiste agréé ou une diététiste agréée lorsqu'elle présentait une altération de l'intégrité épidermique. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente et les entretiens avec le diététiste agréé ou la diététiste agréée et l'IAA ont confirmé que le personnel autorisé n'avait pas procédé à un aiguillage diététique vers le ou la diététiste, à une date précise, concernant l'altération de l'intégrité épidermique.

**Sources :** dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer de soins de longue durée en matière d'aiguillage diététique et entretiens avec le diététiste agréé ou la diététiste agréée et l'IAA.

**AVIS ÉCRIT : Changements de poids**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 75 1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Changements de poids

article 75. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 % du poids corporel survenu sur un mois.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer en matière de surveillance du poids des personnes résidentes lorsque le personnel n'a pas immédiatement repesé une personne résidente qui avait perdu plus de cinq pour cent de son poids au cours d'une période donnée. Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 11 (1) b), le titulaire de permis doit s'assurer que les politiques écrites élaborées pour son programme structuré de soins nutritionnels et de services diététiques sont respectées. Plus précisément, la politique du foyer en matière de surveillance du poids des personnes résidentes qui exige au personnel de repeser immédiatement les personnes résidentes qui présentent une différence de poids spécifique par rapport au mois précédent, afin d'en vérifier l'exactitude. Le diététiste agréé ou la diététiste agréée et l'IAA ont reconnu que cela aurait dû être fait.

**Sources :** politique du foyer de soins de longue durée en matière de surveillance de la taille et du poids, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le diététiste agréé ou la diététiste agréée et l'IAA.

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

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 115 (5) 2) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
  - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un RIC soumis au directeur ou à la directrice comprenne les noms des membres du personnel présumés impliqués dans l'allégation de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

**Sources :** RIC et entretien avec le ou la DASI.

## AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 115 (5) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

4. Une analyse et les mesures de suivi, notamment :
  - i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,
  - ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'inspection comprenne les mesures immédiates prises à l'égard du personnel impliqué dans l'allégation de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente. De plus, les mesures à long terme destinées à résoudre le problème et à éviter qu'il ne se reproduise n'ont pas été décrites.

**Sources :** RIC et entretien avec le ou la DASI.