

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 initial

Date d'émission du rapport : 19 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1088-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Peterborough, Peterborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 31 octobre et les 1^{er}, 4, 5, 7 et 8 novembre 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Des signalements concernant des allégations de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.
- Un signalement relatif à un incident lié à un médicament.
- Un signalement portant sur des décès inattendus de personnes résidentes.
- Un signalement concernant des inquiétudes liées aux divers états de santé des personnes résidentes.
- Des signalements liés à des incidents entraînant une hospitalisation.
- Des signalements concernant de multiples éclosions de maladie infectieuse.
- Un signalement lié au suivi d'une non-conformité aux instructions du fabricant.

Les inspections effectuées concernaient : plaintes : n^{os} 00117797/IC n° 2572-000028-24, 00118679/IC n° 2572-000032-24 et 00120413/IC n° 2572-000037-24 relatives à la prévention et à la gestion des chutes.

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

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 découlant de l'inspection n° 2024-1088-0001 relativement à la disposition 26 du Règl. de l'Ont. 246/22. Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DEVOIR DU TITULAIRE DE PERMIS DE SE CONFORMER AU 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 (7) de la *LRSLD (2021)*.

Programme de soins

6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins décrits dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient effectivement prodigués, notamment en ce qui a trait à son apport nutritionnel.

Justification et résumé

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

Un signalement a été adressé à la directrice ou au directeur concernant l'apport nutritionnel d'une personne résidente. Lors de l'observation d'un service de repas, il a été constaté que la personne résidente a reçu un repas non conforme aux informations consignées dans ses dossiers cliniques. Plusieurs aides-diététistes (AD) ont confirmé l'exactitude des informations consignées dans les dossiers cliniques et ont souligné leur obligation de s'y conformer. La diététiste professionnelle (Dt. P.) ou le diététiste professionnel (Dt. P.) ainsi que la directrice ou le directeur de la qualité des soins (DQS) ont confirmé que le foyer exigeait du personnel qu'il respecte les instructions consignées dans les dossiers cliniques de la personne résidente.

L'omission de veiller à ce que la personne résidente reçoive les repas prescrits dans son programme de soins l'a exposée au risque de ne pas satisfaire ses besoins nutritionnels spécifiques.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec l'AD, la ou le Dt. P. et la ou le DQS.

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

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 a omis d'assurer le respect de la politique écrite de tolérance zéro envers les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes résidentes, particulièrement en ce qui concerne la prévention des mauvais traitements infligés par une ou un préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP).

L'article 2 du Règl. de l'Ontario 246/22 définit le « mauvais traitement d'ordre affectif » comme 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 Centre-Est
33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident

et

et le « mauvais traitement d'ordre verbal » comme toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été transmis à la directrice ou au directeur, signalant des allégations de mauvais traitement envers une personne résidente par une ou un préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP). L'examen des dossiers cliniques des personnes résidentes et des dossiers d'enquête interne du foyer de soins de longue durée (FSLD) a mis en évidence que la personne résidente était en état de détresse à la suite d'une demande de soins. Lors de l'arrivée de plusieurs préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP) accompagné(e)s de deux étudiant(e)s pour dispenser les soins requis à la personne résidente, l'un(e) des PSSP a adopté un comportement inapproprié face aux comportements réactifs de la personne résidente. Les observations ont révélé que la personne résidente présentait des signes de détresse à la suite de l'incident.

La politique relative aux mauvais traitements du foyer de soins de longue durée (FSLD) stipulait l'engagement à mettre en œuvre un programme exhaustif de tolérance zéro envers les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes résidentes. Ce programme incluait des mesures spécifiques visant à prévenir tout incident présumé de mauvais traitement envers une personne résidente.

Au cours d'un entretien, la ou le préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP) a reconnu avoir eu une réaction inappropriée envers la personne résidente, tout en affirmant ne pas avoir commis de mauvais traitement à son égard. La directrice ou le directeur des qualités et sécurité (DQS) a confirmé l'occurrence de mauvais traitements.

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 non-respect de la politique relative aux mauvais traitements du foyer de soins de longue durée (FSLD) par la ou le préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP) a eu des répercussions négatives sur la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, dossier des ressources humaines de la ou du PSSP, notes d'enquête et entretiens avec la ou le DQS et la ou le PSSP.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

Par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les protocoles de surveillance établis dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes. Ces protocoles visent à réduire l'incidence des chutes et à minimiser les risques de blessures pour la personne résidente.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe un programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire le risque de chutes, et de le respecter.

Plus spécifiquement, le personnel n'a pas satisfait à l'exigence du programme qui stipule la conduite d'une évaluation approfondie suite à une chute non observée d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été transmis à la directrice ou au directeur, signalant une altération importante de l'état de santé d'une personne résidente suite à un incident ayant nécessité son transfert vers un établissement hospitalier.

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

L'analyse des dossiers médicaux de la personne résidente a révélé une série de chutes précédant l'incident final qui a nécessité son hospitalisation. Suite à l'une de ces chutes antérieures, la personne résidente a signalé un problème de santé spécifique. Dans ce contexte, les notes médicales stipulaient qu'une évaluation approfondie devait être réalisée pour la personne résidente. La politique de prévention des chutes du foyer stipulait qu'une évaluation approfondie devait être menée à des intervalles précis sur une période déterminée. Cette évaluation avait pour objectif d'apprécier l'état de santé de la personne résidente suite à une chute. La politique de chutes du FSLD stipulait qu'une évaluation approfondie devait être réalisée dans deux cas spécifiques : lorsqu'une chute n'était pas directement observée ou lorsqu'elle survenait dans des circonstances particulières. L'évaluation requise n'a pas été effectuée dans son intégralité.

Au cours d'entretiens individuels, plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont confirmé que cette évaluation était nécessaire pour la personne résidente suite à l'incident en question, mais qu'elle n'avait pas été menée à terme.

L'absence de cette évaluation a exposé la personne résidente à un risque de suivi inadéquat après chaque incident non directement observé.

Sources : Outils de surveillance clinique dans Point Click Care (PCC), évaluations, politiques, entretiens avec des IAA.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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 102 (g) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe

(2); et

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 a manqué à son obligation d'assurer un suivi systématique, à chaque relève, des symptômes évocateurs d'une infection chez la personne résidente. Cette surveillance aurait dû être effectuée conformément aux directives et protocoles établis par la direction médicale de l'établissement.

La Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (FSLD), émise par la direction médicale et mise à jour en septembre 2023, précise dans sa section 3.1 b) que le titulaire de permis est tenu d'assurer une surveillance à chaque relève afin de détecter les cas d'infections nosocomiales.

Justification et résumé

Une personne résidente manifestant des symptômes évocateurs d'une infection a été placée sous mesures de précautions renforcées. Cependant, l'examen des dossiers cliniques a révélé une absence de suivi systématique des signes et symptômes d'infection chez cette personne sur plusieurs relèves consécutives, durant une période précise comprise entre deux dates données. En outre, l'analyse du formulaire « Surveillance quotidienne des symptômes sur 24 heures (Obligatoire) » utilisé par l'établissement a corroboré l'absence de suivi rigoureux des signes et symptômes d'infection chez la personne résidente à chaque relève. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a attesté que le personnel autorisé était tenu de consigner les symptômes d'infection dans les dossiers cliniques de la personne résidente à chaque relève, et ce, jusqu'à leur disparition complète. Néanmoins, l'examen des dossiers a révélé que cette directive n'a pas été systématiquement suivie pour toutes les relèves durant la période d'évaluation.

L'absence de surveillance systématique des symptômes d'infection chez la personne résidente à chaque relève a considérablement accru le risque d'une détérioration non détectée de son état de santé.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente, examen du formulaire « Surveillance quotidienne des symptômes sur 24 heures (Obligatoire) » du foyer et entretien avec la ou le gestionnaire 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 Centre-Est
33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

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

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

Administration de médicaments

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. 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire du permis a manqué à son obligation de garantir que seuls les médicaments spécifiquement prescrits pour chaque personne résidente soient utilisés ou administrés au sein de l'établissement.

Justification et résumé

Un RIC a été transmis à la directrice ou au directeur concernant un événement qui a nécessité le transfert d'une personne résidente vers un établissement hospitalier. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé l'administration d'un médicament qui ne figurait pas dans ses prescriptions personnelles. Suite à cet incident, la personne résidente a dû être transférée d'urgence vers un établissement hospitalier afin de recevoir les soins médicaux appropriés. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et la ou le DQS ont corroboré l'occurrence de l'incident et confirmé que celui-ci a effectivement conduit à l'hospitalisation de la personne résidente.

Le titulaire de permis a commis une grave infraction en administrant un médicament non prescrit à la personne résidente, ce qui a engendré un événement sentinelle. Cette erreur critique a nécessité le transfert de la personne résidente vers un établissement hospitalier et son admission subséquente pour des interventions médicales d'urgence.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidentes et entretiens avec une ou un IA et la ou le DQS.