

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 28 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1368-0003	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Rouge Valley, Toronto	
Inspectrice principale/Inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 11, 15 au 18 et 21 octobre 2024

Les inspections concernaient :

- N° de suivi : 1 - Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 272, échéance de la mise en conformité au 17 septembre 2024 relativement à la Prévention et contrôle des infections (PCI) (Infection Prevention and Control).
- Deux inspections relativement à la prévention et à la gestion des chutes.
- Une inspection en lien avec une blessure d'origine inconnue.
- Une plainte relativement aux soins d'une personne résidente.
- Deux inspections relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
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 de l'inspection n° 2024- 1368- 0002 relativement à la disposition 272 du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisé par Najat Mahmoud (741773)

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

- Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- 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)
- Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des **cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) 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. Par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Justification et résumé

A) Un rapport du système d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur ou à la directrice

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

en ce qui a trait à la chute de la personne résidente qui a entraîné une fracture de la hanche. Lors d'une observation, la personne résidente n'avait pas le dispositif de prévention des chutes requis. La personne résidente était accompagnée d'un membre du personnel d'accompagnement individuel. Le ou la DASI n° 115, l'IA n° 117, l'IPA n° 116 et la PSSP n° 118 ont confirmé que la personne résidente aurait dû avoir un dispositif de prévention des chutes et l'ont fourni à la personne résidente immédiatement.

Le fait que le dispositif de prévention des chutes n'ait pas été mis à la disposition de la personne résidente l'a exposée à un risque de chute.

Sources : dossiers cliniques, observation et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 18 octobre 2024

AVIS ÉCRIT : FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR OU À LA DIRECTRICE DANS CERTAINS CAS

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 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

Le titulaire du permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice un incident de mauvais traitement physique envers une personne résidente.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à un incident impliquant deux résidents. Les dossiers cliniques indiquaient qu'ils avaient été impliqués dans un incident de mauvais traitement physique dans le passé.

Le ou la DASI n° 111 a confirmé qu'aucun RIC n'avait été soumis concernant l'incident de mauvais traitement physique, car il/elle avait déterminé qu'il ne s'agissait pas d'un cas de mauvais traitement physique.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le ou la DASI a reconnu que les actes de la personne résidente constituaient des cas de mauvais traitement physique qui auraient dû être signalés immédiatement au directeur ou à la directrice.

Le fait de ne pas soumettre de rapports sur les allégations de mauvais traitement physique constitue un risque pour les personnes résidentes du foyer, car cela peut mener à des incidents de mauvais traitement physique non signalés.

Sources : RIC, dossiers cliniques et entretien avec le ou la DASI n° 111.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

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

Non-respect de : sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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 :

(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 que l'intégrité épidermique altérée d'une personne résidente soit réévaluée au moins chaque semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé

Les RIC ont été soumis relativement à deux incidents où une personne résidente a subi des blessures.

Les dossiers de santé clinique de la personne résidente indiquent qu'il y avait des blessures et révèlent que les évaluations hebdomadaires de la peau n'ont pas été effectuées pour les blessures identifiées.

Les IPA n°102 et n°108 ont reconnu qu'elles n'avaient pas effectué l'évaluation hebdomadaire de la peau pour les blessures de la personne résidente.

Le ou la DASI n° 111 a confirmé que les évaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente n'avaient pas été effectuées pour les périodes spécifiées.

L'absence d'évaluation hebdomadaire de la peau aurait pu empêcher le personnel de surveiller la blessure, ce qui aurait entraîné un risque d'altération de l'intégrité épidermique et de la

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

circulation sanguine à l'endroit de la blessure.

Sources : RIC, dossiers de santé, entretiens avec le personnel et la direction.

AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

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 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

Par. 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.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente soit évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque la douleur n'a pas été soulagée par les interventions initiales.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice après qu'une personne résidente soit tombée et se soit blessée. Les dossiers cliniques ont été examinés et ont indiqué que la personne résidente présentait des antécédents de douleur. Le dossier d'administration des médicaments indique que la personne résidente a reçu des analgésiques de routine, ainsi que des analgésiques selon les besoins.

À la suite de sa blessure, la douleur de la personne résidente s'est aggravée et un analgésique lui a été administré. Les notes d'évolution et le dossier d'administration des médicaments indiquent que la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par l'analgésique. À plusieurs reprises, le médecin a examiné et prescrit des interventions pharmacologiques.

Aucun instrument d'évaluation adéquat sur le plan clinique n'a été utilisé pour évaluer la douleur du résident lorsque les interventions initiales étaient inefficaces.

La PSPP n° 113, l'IA n° 114 et le ou la DASI n° 115 ont indiqué qu'en raison de la déficience cognitive de la personne résidente, ces derniers ne pouvaient pas dire si elle souffrait et présentait des comportements réactifs.

L'IA n° 114 et le ou la DASI n° 115 ont indiqué que l'évaluation de la douleur la plus appropriée pour le résident était l'échelle de la douleur d'ABBEY pour les personnes souffrant de troubles cognitifs.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'IA n° 114 et le ou la DASI n° 115 ont tous deux indiqué que l'évaluation selon l'échelle de la douleur d'ABBEY aurait dû être effectuée avant toute nouvelle intervention et que le fait d'omettre cette étape pouvait entraîner une douleur non gérée.

Le fait de ne pas évaluer la douleur du résident à l'aide d'un outil adéquat sur le plan clinique n'a pas contribué à son confort général.

Sources : dossiers cliniques, observations, entretiens avec les membres du personnel et de la direction

AVIS ÉCRIT : AVIS : POLICE

Problème de conformité no 005 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105

Avis : police

art. 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105, 390(2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police approprié soit immédiatement avisé des mauvais tout mauvais traitement physique présumé envers la personne résidente n° 6.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à un incident impliquant deux personnes résidentes. Les dossiers cliniques indiquaient qu'ils avaient été impliqués dans un incident de mauvais traitement physique dans le passé. Aucun dossier n'indiquait une communication avec les services de police.

Le ou la DASI n° 111 a reconnu que les actes de la personne résidente constituaient des violences physiques et que la police n'avait pas été avisée lorsqu'il/elle avait mis(e) au courant de l'incident.

Le fait de ne pas s'assurer que le service de police approprié soit prévenu en cas d'allégation de mauvais traitement physique pourrait augmenter le risque de récurrence au sein du foyer.

Sources : RIC, dossiers cliniques et un entretien avec le ou la DASI n° 111.