

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 mai 2025.

Numéro d'inspection : 2025-1078-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Starwood, Nepean

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 avril, et 1^{er}, 2, 5, 6, 8 et 9 mai 2025.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00142779 – plainte faisant état de préoccupations relativement aux soins fournis à des personnes résidentes par du personnel;
- le registre n° 00144715 – ayant trait à une chute de personne résidente qui a occasionné un changement important dans son état de santé;
- le registre n° 00144793 – ayant trait à une chute de personne résidente qui a occasionné un changement important dans son état de santé;
- le registre n° 00146745 – ayant trait à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente concernant des transferts.

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

Soins liés à l'incontinence

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10). Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation 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 :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente concernant la prévention des chutes fût révisé lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le programme de soins d'une personne résidente comportait le recours à une mesure d'intervention en matière de prévention des chutes, mais l'inspectrice n'a pas remarqué que la mesure était en place comme il se doit.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué qu'en fait la personne résidente ne nécessitait pas le recours à cette mesure d'intervention en matière de prévention des chutes

Sources : Observation de l'inspectrice, examen des dossiers médicaux de la personne résidente, et notamment le programme de soins provisoire et les notes d'évolution; entretiens avec du personnel, dont la ou le DSI.

Au cours de l'inspection, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour avant la fin de l'inspection, et l'on a constaté qu'il ne comportait plus la mention de la mesure d'intervention en matière de prévention des chutes.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 5 mai 2025.

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

Avis écrit n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 28 (1) 1 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport au directeur de ses soupçons et à communiquer les renseignements sur lesquels ils étaient fondés lorsqu'il y avait des motifs raisonnables de soupçonner que l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée par un membre du personnel avait causé un préjudice à la personne résidente.

Lors d'un entretien, une personne résidente a allégué qu'un changement important qui s'était récemment produit dans son état de santé avait eu lieu pendant un transfert effectué par un membre du personnel du foyer de soins de longue durée, et ne résultait pas d'une chute. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué avoir immédiatement entrepris une enquête, au cours de laquelle la personne résidente avait fait les mêmes allégations au cours d'un entretien distinct.

On n'avait fait rapport de l'allégation au directeur, aux termes de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), qu'environ cinq jours après que les membres de l'équipe de leadership du foyer de soins de longue durée furent mis au courant.

Sources : Examen des dossiers pertinents, et notamment un rapport d'incident critique sur la question, et entretien avec la personne résidente et du personnel, dont une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; article 11 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis n'a pas veillé lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'elle fit l'objet d'une évaluation postérieure à la chute effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller au respect des politiques et des protocoles du programme de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, un membre du personnel n'a pas respecté la politique intitulée signes neurologiques/examen de routine pour traumatisme crânien (*Neurological Signs/Head Injury Routine*) (révisée pour la dernière fois en mars 2025) et la politique intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) (révisée pour la dernière fois en mars 2025) lorsqu'il n'a pas effectué un examen de routine pour traumatisme crânien après que la personne résidente avait subi une chute sans témoin.

Sources : dossiers médicaux pertinents d'une personne résidente, et notamment : notes d'évolution, évaluations postérieures à la chute, registre d'administration des médicaments (RAM) et rapports connexes de gestion des

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

risques; politiques du titulaire de permis intitulées prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) (révisée pour la dernière fois en mars 2025) et annexes connexes, dont l'annexe 5 : cheminement clinique postérieur à une chute (*Post Fall Clinical Pathway*), parties A et B du dossier de surveillance clinique (*Clinical Monitoring Record*), et politique intitulée signes neurologiques/examen de routine pour traumatisme crânien (*Neurological Signs/Head Injury Routine*) (révisée pour la dernière fois en mars 2025); entretiens avec du personnel, dont une PSSP, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur.