

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 21 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1125-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Tri-Town, Haileybury

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 19 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une plainte portant sur des préoccupations concernant les soins prodigués à une personne résidente.

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et 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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Participation du mandataire spécial

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit rapidement informé de la chute de celle-ci.

Justification et résumé

Le mandataire spécial d'une personne résidente n'a pas été immédiatement informé de la chute de celle-ci.

L'administrateur et directeur des soins a reconnu que le mandataire spécial n'avait pas été informé immédiatement alors qu'il aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir informé le mandataire spécial de la personne résidente comme il se doit peut avoir eu pour conséquence que celui-ci n'a pu prendre les mesures qui s'imposaient, n'ayant pas conscience de la situation.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, y compris les évaluations précisées; notes d'enquête du foyer; politique du foyer sur le programme de

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

prévention et de gestion des chutes (*Falls prevention and Management program*), datée de mars 2023; entretien avec l'administrateur et directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Rapports au directeur

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur chaque plainte écrite reçue concernant les soins fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

Lors de l'entretien préalable à l'inspection, le plaignant a indiqué qu'il avait envoyé une plainte par courrier électronique au foyer concernant ses préoccupations sur les soins prodigués à une personne résidente.

Lors d'un entretien, l'administrateur et directeur des soins a reconnu avoir reçu une plainte par courrier électronique concernant les soins prodigués à une personne résidente et ne pas l'avoir transmise au directeur comme il se doit.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le fait de ne pas transmettre la plainte a exposé la personne résidente à un faible risque, le foyer ayant fait enquête sur les problèmes de soins.

Sources : Demande liée à la plainte; notes d'enquête du foyer; entretien avec le plaignant et l'administrateur et directeur des soins; politique du foyer sur les plaintes et le service à la clientèle (*Complaints, and Customer Service*), dont la dernière révision remonte au mois de novembre 2023.

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (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 :

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 de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements et de négligence à l'égard d'une personne résidente soient immédiatement signalées au directeur.

Justification et résumé

À une date précise, un membre du personnel a été informé d'allégations de mauvais traitements et de négligence à l'égard d'une personne résidente. Les

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

allégations n'ont été signalées au directeur qu'un jour plus tard, par le biais du Système de rapport d'incidents critiques (SIC).

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement les allégations de négligence au directeur n'a pas mis la personne résidente en danger, cela n'ayant pas retardé l'enquête sur les allégations.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; politique du foyer concernant la réponse aux mauvais traitements et à la négligence et leur signalement (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect: Response and Reporting*), datée de février 2024; entretiens avec l'administrateur et directeur des soins et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention des chutes

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme sur les chutes qui prévoit une évaluation des risques de chutes pour une personne résidente.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie, au minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de prévention des chutes du foyer, qui stipule qu'il doit s'assurer qu'une évaluation des risques de chute est effectuée tous les trimestres, conformément au protocole d'évaluation des personnes résidentes de l'instrument RAI-MDS.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute sans témoin, laquelle a entraîné une blessure. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient que la dernière évaluation des risques de chute avait été réalisée plusieurs années auparavant.

L'administrateur et directeur des soins a confirmé que l'évaluation des risques de chute n'avait pas été réalisée conformément à la politique du foyer et qu'elle aurait dû l'être.

Sources : Programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention & Management Program*) du foyer, dont la dernière révision remonte au mois de mars 2023; dossiers médicaux d'une personne résidente, y compris la dernière évaluation des risques de chute effectuée à une date précise; entretiens avec l'administrateur et directeur des soins et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports d'incident critique

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 2 i du paragraphe 115 (5) 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 :
 - i. le nom de tous les résidents impliqués dans l'incident,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer le directeur par écrit d'un incident, de manière aussi détaillée que possible compte tenu des circonstances, en décrivant les particuliers concernés et en indiquant les noms des membres du personnel impliqués, avant la date fixée pour apporter la modification demandée.

Justification et résumé

Le directeur a demandé qu'on apporte une modification à un rapport d'incident critique (IC) particulier, avant une date précise. La modification n'a toutefois été apportée que plusieurs semaines plus tard et ne comportait pas les renseignements d'identification demandés.

L'administrateur et directeur des soins a confirmé que le rapport d'incident critique n'avait pas été modifié comme demandé.

Le fait que les modifications n'aient pas été apportées dans les délais impartis n'a eu qu'une incidence et un risque faibles.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Sources : Rapport d'IC; politique sur les rapports d'incidents critiques (*Critical Incident reporting [ONI]*) dont la dernière révision remonte au mois de février 2024; entretien avec l'administrateur et directeur des soins.