

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 1 <sup>er</sup> août 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1347-0003	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Axiom Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Northridge, Oakville	
<b>Inspectrice principale / Inspecteur principal</b> Daria Trzos (561)	<b>Signature numérique de l'inspectrice / Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices / Autres inspecteurs</b> Indiana Dixon (000767) Sarah Valente (000847)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 15, 16, 17, 18, 19 et 22 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00114259 – Incident critique (IC) n° 2862-000012-24 – Lié à la chute d'une personne résidente avec blessure.
- Demande no 00115580 – Plainte portant sur la chute d'une personne résidente et les services d'entretien.
- Demande n° 00115700 – IC n° 2862-000017-24 – Lié à une blessure de cause inconnue
- Demande n° 00116640 – IC n° 2862-000021-24 – Lié à des allégations de négligence envers 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

- Demande n° 00117068 – IC n° 2862-000022-24 – Lié à l'administration d'un traitement à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente
- Demande n° 00117419 – Plainte portant sur de la négligence envers une personne résidente

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 (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 veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme, en ce qui concerne le transfert.

#### **Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique indiquant qu'une personne résidente avait subi une blessure. Le programme de soins de la personne résidente indiquait

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

qu'elle avait besoin d'un appareil spécifique pour les transferts. Cette information était également affichée sur le mur de la salle de bain de la personne résidente.

Le personnel n'a pas utilisé le bon appareil de transfert pour transférer la personne résidente, ce qui a été confirmé par une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP).

Le directeur des soins a reconnu que le mauvais appareil de transfert avait été utilisé pour transférer la personne résidente et a indiqué que le personnel était censé suivre le programme de soins de la personne résidente.

**Sources :** Examen du programme de soins de la personne résidente, notes d'enquête; observation; entretiens avec le personnel et le directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

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

### **Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence de la part du personnel.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 précise que la « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique (IC) sur un incident présumé de négligence à l'encontre d'une personne résidente. Le rapport d'IC indiquait qu'en raison de l'incident, l'état de santé de la personne résidente s'était dégradé.

Les dossiers indiquaient que l'état de santé de la personne résidente s'était dégradé. Un membre du personnel autorisé a déclaré avoir évalué la personne résidente après l'incident et que son évaluation indiquait une dégradation de l'état de santé de la personne résidente. Il a également déclaré qu'il y avait eu un retard dans la notification du mandataire spécial ou du médecin de la personne résidente, ce qui a entraîné un retard dans l'évaluation plus poussée de la personne résidente par l'équipe de soins de l'hôpital. Le personnel autorisé et le directeur des soins l'ont confirmé.

**Sources :** Examen du rapport de l'IC, des notes de l'enquête interne du foyer, des notes d'évolution de la personne résidente; entretien avec le personnel et le directeur des soins.

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

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 1 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Conformément au paragraphe 154 (3) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis est responsable du fait d'autrui pour les membres du personnel qui ne se conforment pas à la disposition 1 du paragraphe 28 (1).

**Justification et résumé**

Un membre du personnel qui a observé l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ne l'a pas signalé immédiatement à l'équipe de gestion du foyer. La politique du foyer en matière de signalement obligatoire des cas de mauvais traitements ou de négligence envers les personnes résidentes (30 janvier 2024) indiquait au personnel de signaler tout incident lié à l'administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente à la personne responsable. Cette dernière signalerait ensuite immédiatement l'incident à l'autorité législative dont elle relève. L'IC a été soumis au directeur dès que la direction en a eu connaissance.

**Sources :** Examen de l'IC, des notes d'enquête, de la politique du foyer en matière de signalement obligatoire des cas de mauvais traitements ou de négligence envers les personnes résidentes (*Mandatory Reporting of Resident Abuse or Neglect*) (30 janvier 2024); entretien avec le personnel et le directeur des soins.

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

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

Article 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 que le personnel utilise des appareils ou des techniques de changement de position sécuritaires en aidant une personne résidente lors d'un transfert.

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Les PSSP ont utilisé une méthode de changement de position non sécuritaire lors du transfert d'une personne résidente. La politique du foyer comportait des directives précises sur le changement de position des personnes résidentes pendant le transfert, mais ces directives n'ont pas été suivies pour assurer la sécurité. Ceci a été confirmé par le directeur des soins.

L'utilisation d'une méthode de changement de position non sécuritaire pour une personne résidente l'a exposée à un risque accru de préjudice.

**Sources :** Examen des dossiers médicaux de la personne résidente, IC, notes d'enquête, politique du foyer en matière de transfert et changement de position des personnes résidentes (*Safe Resident Handling*) (31 mars 2024); entretien avec le personnel et le directeur des soins.

**AVIS ÉCRIT : Services d'entretien**

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

**Non-respect : de l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme structuré de services d'entretien lorsque le lit d'une personne résidente avait besoin d'être réparé.

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'il existe un programme structuré de services d'entretien pour maintenir tout l'équipement du foyer en bon état et que ce programme doit être respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique en matière de demande de services d'entretien datée du 30 septembre 2022.

**Justification et résumé**

La politique du foyer en matière de demande de services d'entretien, datée du 30 septembre 2022, indiquait que chaque superviseur d'unité, chef de service et membre du personnel de soutien/administratif devait s'assurer que tous les articles nécessitant une réparation étaient soumis (manuellement ou électroniquement) au service d'entretien pour examen. La demande devait comporter le nom et la fonction du demandeur. À la fin de chaque demande de service d'entretien, la personne chargée de l'entretien devait consigner sur la demande (en ligne ou manuellement) les informations suivantes : action entreprise, matériaux utilisés, personne chargée de l'exécution, heures de travail, notes et date d'achèvement.

Le directeur a reçu une plainte concernant le lit d'une personne résidente qui ne fonctionnait pas. Au cours de l'inspection, il a été constaté que des demandes d'entretien avaient été soumises pour la réparation du lit d'une personne résidente. Aucune de ces demandes ne mentionnait le nom de la personne qui avait soumis la demande. D'autres demandes identifiées ne contenaient pas d'informations sur les mesures prises, sur les personnes ayant effectué le travail ou sur les dates d'achèvement. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que le travail avait été effectué, mais que toutes les informations requises par la politique n'avaient pas été documentées. La directrice générale a confirmé que la politique du foyer n'avait pas été respectée.

**Sources :** Examen des notes d'évolution de la personne résidente, des dossiers de demande d'entretien, de la politique du foyer en matière de demande de services d'entretien (*Maintenance Service Requests*) (30 septembre 2022); entretiens avec le personnel, le gestionnaire des services environnementaux et la directrice générale.

**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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit avisé dès qu'il a pris connaissance de l'incident de négligence présumé à son endroit.

### Justification et résumé

Le foyer a pris connaissance d'une allégation de négligence envers une personne résidente, mais il n'a pas avisé le mandataire spécial de la personne résidente dès qu'il en a eu connaissance. Le personnel autorisé l'a confirmé.

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, ce dernier a indiqué que le personnel aurait dû veiller à ce que le mandataire spécial de la personne résidente soit informé dès qu'il a eu connaissance de l'incident présumé. Cela a également été noté dans les notes de l'enquête interne du foyer.

**Sources :** Examen des notes d'enquête, notes d'évolution de la personne résidente et entretiens avec le personnel et le directeur des soins.