Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
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 du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 janvier 2025
Numéro d'inspection : 2025-1157-0001
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : Tendercare Nursing Homes Limited
Foyer de soins de longue durée et ville : Tendercare Living Centre, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 10 et le 13 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une plainte.
- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par le personnel.
- Une demande liée à une altercation entre personnes résidentes.
- Une demande liée à une chute ayant entraîné une blessure.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Deux demandes liées à des chutes ayant entraîné une blessure.

Ce rapport public a été modifié de manière à exclure les numéros d'identification des inspectrices et inspecteurs pour tous les problèmes de conformité.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Droits et choix des personnes résidentes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 6 (1) a) de la *LRSLD* (2021)
Programme de soins
Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour cette dernière.

Deux incidents portant sur une personne résidente ayant manifesté des comportements réactifs envers une autre personne résidente ont été signalés. D'après les dossiers de santé des personnes résidentes, un soutien en cas de troubles du comportement a été entrepris et une mise à l'écrit des interventions était requise. Lors d'un entretien, une infirmière autorisée (IA) et la directrice des

soins ont reconnu que l'orientation (*focus*) des comportements réactifs, l'objectif associé et les interventions en réponse aux comportements n'étaient pas consignés dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique (RIC), dossiers de santé de la personne résidente et entretiens avec une IA et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité nº 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)
Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
Paragraphe 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 n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée, puisqu'une personne résidente a signalé qu'une personne préposée aux services de soutien personnel lui avait donné un coup à la tête.

La politique du foyer de soins de longue durée (SLD) visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes indiquait que le foyer s'engageait à offrir un milieu sûr et sécuritaire dans lequel toutes les personnes résidentes sont traitées avec dignité et respect et sont protégées contre toute forme de mauvais traitements et de négligence en tout temps.

D'après les dossiers d'enquête du foyer de SLD et le directeur adjoint des soins, l'allégation de mauvais traitements d'ordre physique envers la personne résidente était fondée et des mesures disciplinaires ont été prises.

Sources : RIC, notes d'enquête du foyer de SLD, programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes du foyer de SLD, entretien avec le directeur adjoint des soins.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 003 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 veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par l'utilisation de fournitures et d'appareils, lorsqu'une personne résidente est tombée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer indiquait que le foyer de SLD

encourageait l'utilisation de précautions universelles contre les chutes. Or, aucune de ces précautions n'était utilisée pour la personne résidente.
Les dossiers cliniques et un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont révélé qu'aucune intervention contre les chutes n'était en place pour la personne résidente au moment de sa chute, ce qui avait entraîné un changement important dans son état de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête et entretien avec une IAA.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité nº 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 55 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Soins de la peau et des plaies
Paragraphe 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,
(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,
(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,
(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique
1) se fasse évaluer la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique;
2) reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour favoriser la guérison;
3) se fasse réévaluer l'altération de l'intégrité épidermique une fois par semaine.

Le dossier clinique de la personne résidente et un entretien avec une IAA ont révélé que la personne résidente ne s'était pas fait évaluer la peau pour son altération de l'intégrité épidermique lors de sa réadmission au foyer de SLD à son retour de l'hôpital. De plus, aucune évaluation hebdomadaire de la peau n'était réalisée et, même si le programme de soins indiquait de fournir un traitement conformément au registre d'administration des traitements, il n'y avait pas de traitements prescrits pour gérer l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec une IAA.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité nº 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Gestion de la douleur
Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :
1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme du foyer visant à déceler et à gérer la douleur, puisqu'une personne résidente n'a pas été évaluée au moyen de

l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (évaluation PAINAD) et n'a pas reçu d'analgésique ni de mesures assurant des soins de confort quand elle s'est plainte de douleur.
Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer visant à déceler et à gérer la douleur indiquait qu'une évaluation PAINAD devait être réalisée pour les personnes résidentes ayant une déficience cognitive. La politique indiquait également d'utiliser des interventions non pharmacologiques et d'évaluer l'efficacité des stratégies de traitement de la douleur. Or, rien de tout cela n'a été fait pour la personne résidente.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec une IAA.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité nº 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Comportements réactifs
Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :
2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies écrites soient en place pour atténuer les comportements réactifs d'une personne résidente lors des sorties de courte durée avec son conjoint. Les notes d'évolution indiquaient que, lorsque le conjoint de la personne résidente avait tenté d'amener cette dernière à l'extérieur de la maison de soins infirmiers, la personne résidente avait indiqué qu'elle

souhaitait partir avec le conjoint et avait manifesté des comportements réactifs. Les notes d'évolution indiquaient également que le conjoint avait été informé qu'il pouvait faire une sortie avec la personne résidente, mais accompagné d'une escorte ou d'un membre de la famille, pour des raisons de sécurité. Cependant, lorsqu'il a tenté à nouveau de faire une sortie avec la personne résidente, il n'a pas été autorisé à le faire. Il n'y avait pas de stratégies écrites dans le programme de soins de la personne résidente pour aider à atténuer le comportement réactif de cette dernière.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec l'équipe d'intervention dans le domaine de la santé mentale pour les personnes âgées et le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :
b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) que délivre le directeur soit respectée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des vérifications soient régulièrement effectuées (au moins une fois tous les trimestres) pour vérifier que tous les

membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions conformément à l'exigence supplémentaire 7.3 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023). Cela a été confirmé par la personne responsable de la PCI du foyer.

Sources : Examen des vérifications disponibles au foyer et entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité nº 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Traitement des plaintes
Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :
1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.
2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.
3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,
ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :
A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte verbale qu'il a reçue ou qu'a reçue un membre du personnel concernant une personne résidente soit traitée quand le conjoint de cette dernière s'est plaint auprès du personnel de première ligne de ne pas pouvoir amener la personne résidente en sortie de courte durée. Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que le conjoint de cette dernière avait tenté d'amener la personne résidente en sortie de courte durée à plusieurs reprises, mais sans succès. Le conjoint de la personne résidente a fait part de ses plaintes au personnel. Aucune note indiquant que la plainte avait été traitée n'a été trouvée dans le registre des plaintes du foyer de SLD.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, registre des plaintes et entretien avec le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents actuels

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'article 275 du Règl. de l'Ont. 246/22
Dossiers des résidents actuels
Article 275 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les dossiers des résidents du foyer soient conservés au foyer.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les dossiers d'une personne résidente soient conservés au foyer, le travailleur social n'ayant pas été en mesure de produire les dossiers pour l'inspectrice ou l'inspecteur.

Sources : Correspondance par courriel avec le tuteur et curateur public, entretien avec le travailleur social no 103.