

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 26 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1071-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Oshawa, Oshawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 26 et les 29 et 30 juillet 2024, ainsi que les 1^{er}, 2 et du 6 au 8 août 2024

L'inspection concernait :

- Demandes liées à des mauvais traitements infligés à une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- Demande liée à des éclosions de maladie respiratoire.
- Demande liée à une plainte portant sur plusieurs éléments relatifs aux soins de personnes résidentes.
- Demande liée à un incident en rapport avec l'administration de médicaments.
- Demandes liées à des chutes de personnes résidentes ayant entraîné des blessures.
- Demande – Premier suivi – Ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2024-1071-0001, en vertu de la disposition 1 du paragraphe 28 (1) de la *LRS LD* (2021), obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 26 juin 2024.

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

- Demande – Premier suivi – OC n° 002 de l'inspection n° 2024-1071-0001, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, programme de prévention et de contrôle des infections, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 26 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 001 de l'inspection n° 2024-1071-0002, en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021), obligation de protéger, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 002 de l'inspection n° 2024-1071-0002, en vertu de l'article 26 de la *LRSLD* (2021), marche à suivre relatives aux plaintes, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 003 de l'inspection n° 2024-171-0002, en vertu de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021), obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 004 de l'inspection n° 2024-1071-0002, en vertu de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22, substances dangereuses, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 005 de l'inspection n° 2024-1071-0002, en vertu du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22, entreposage sécuritaire des médicaments, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.
- Demande – Premier suivi – OC n° 006 de l'inspection n° 2024-1071-0002, en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, administration des médicaments, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1071-0001 en vertu de la disposition 1 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1071-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu de l'article 26 de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu de la sous-disposition a) (ii) du paragraphe 138 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1071-0002 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections

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

Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 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 qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner le personnel d'infliger des mauvais traitements à une personne résidente signale immédiatement ses soupçons au directeur et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (IC) a été présenté au directeur concernant une allégation de mauvais traitements ayant entraîné un risque de préjudice. 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente a fait état de l'incident à l'infirmière autorisée n° 110, la veille du jour où le rapport a été soumis au directeur. La personne résidente a indiqué qu'elle avait été réveillée pendant la nuit par deux membres du personnel qui étaient entrés dans sa chambre, avaient allumé le plafonnier et s'étaient approchés d'elle pour lui prodiguer des soins. La personne résidente a informé le personnel qu'elle ne souhaitait pas recevoir de soins, mais une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a insisté et retiré la couverture de la personne résidente. La personne résidente a indiqué que les deux membres du personnel lui ont prodigué les soins et qu'elle les avait entendus rire en quittant sa chambre. Cette interaction a fait naître chez la personne résidente un sentiment de nervosité et d'intimidation. La personne résidente a signalé cet incident à l'infirmière autorisée n° 110, qui a appelé l'adjoint au directeur des soins n° 117 pour signaler l'allégation de mauvais traitements.

L'adjoint au directeur des soins n° 117 a confirmé avoir reçu l'appel de l'infirmière autorisée n° 110 concernant l'allégation de mauvais traitements. Il a confirmé qu'il ne l'avait pas signalée au directeur après avoir reçu cette information de l'infirmière autorisée n° 110.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'allégation de mauvais traitements à une personne résidente soit signalée immédiatement au directeur a accru le risque que d'autres incidents surviennent.

Sources : Rapport d'IC, documents sur l'enquête interne menée par l'établissement de soins de longue durée, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les techniques adéquates soient utilisées pour aider la personne résidente n° 007 à manger, notamment en ce qui a trait à son positionnement sécuritaire, alors qu'elle a absolument besoin d'aide.

Justification et résumé

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente n° 007 a montré que cette dernière avait besoin d'une aide importante pour s'alimenter et se tenir debout, et que la tête du lit devait être surélevée à 90 degrés lors de l'alimentation.

Lors d'une observation pendant le dîner, on a constaté que la personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) n° 107 donnait à manger à la personne résidente qui se trouvait dans son lit, la tête du lit surélevée à environ 45 degrés.

La PSSP n° 107 a confirmé que la personne résidente n'était pas en position verticale. La PSSP n° 107 a indiqué que la personne résidente n'aimait pas être placée en position verticale. La PSSP n° 107 a reconnu qu'elle n'avait pas demandé à la personne résidente si elle pouvait la mettre en position verticale ou tenté de la positionner ainsi ce jour-là. La PSSP n° 107 a confirmé qu'elle n'avait pas fait part à l'équipe des souhaits de la personne résidente de façon à ce que ceux-ci soient correctement pris en compte dans son programme de soins.

L'infirmière autorisée n° 112 et la diététiste professionnelle ont confirmé que la personne résidente n° 007 aurait dû être placée en position verticale avec la tête de son lit surélevée à 90 degrés pendant l'alimentation, conformément au programme de soins, afin de minimiser les risques d'aspiration. L'infirmière autorisée n° 112 a

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

indiqué que les souhaits de la personne résidente n'avaient pas été communiqués à l'équipe.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des techniques appropriées soient utilisées pour aider la personne résidente n° 007 à manger, notamment en ce qui a trait à son positionnement sécuritaire, a exposé la personne résidente à des risques accrus d'étouffement et d'aspiration.

Sources : Observation, dossier clinique de la personne résidente n° 007, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect : de l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le repas de la personne résidente n° 007, qui a besoin d'aide pour manger ou boire, ne lui soit pas servi avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé

Un incident critique a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence à l'égard de la personne résidente n° 007.

Le rapport d'IC et le dossier clinique de la personne résidente n° 007 indiquaient que le plateau du souper lui avait été servi une heure avant qu'un membre du personnel soit disponible pour l'aider à s'alimenter.

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

Le programme de soins de la personne résidente n° 007 indique que celle-ci a besoin d'une aide importante pour se nourrir. La PSSP n° 108 et l'infirmière autorisée n° 112 ont confirmé que la personne résidente avait besoin d'aide pour s'alimenter et que le plateau du souper avait été servi dans sa chambre avant qu'un membre du personnel soit disponible pour l'aider à manger.

L'infirmière autorisée n° 112 et la diététiste professionnelle ont confirmé qu'une personne résidente ayant besoin de l'aide du personnel pour prendre son repas ne doit pas être servie avant qu'un membre du personnel se soit assis pour lui apporter l'aide dont elle a besoin.

Servir un repas à des personnes résidentes qui ont besoin d'aide avant que le personnel soit disponible pour les aider compromet la qualité de leur repas.

Sources : Rapport d'IC, dossiers cliniques de la personne résidente n° 007, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé, de manière aussi détaillée que possible dans les circonstances, 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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'écllosion d'une maladie préoccupante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis pour la première fois au directeur en rapport avec l'écllosion d'une infection respiratoire.

L'adjoint au directeur des soins n° 111 a reconnu que les écllosions doivent être signalées immédiatement au directeur et confirmé que celle-ci avait été déclarée par les services de santé publique deux jours auparavant.

Le fait de ne pas veiller à ce que le directeur soit immédiatement informé de l'écllosion d'une infection a réduit la prise des mesures nécessaires pour gérer des préoccupations importantes.

Sources : Rapport d'IC, entretien avec l'adjoint au directeur des soins n° 111.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

Non-respect : du paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de garantir une administration conforme de tous les médicaments utilisés dans le 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le programme de gestion des médicaments soit respecté. Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas respecté la politique de gestion des médicaments du titulaire de permis, qui exige le recours à deux méthodes d'identification des personnes résidentes, avant d'administrer des médicaments à la personne résidente n° 003.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été présenté au directeur concernant un incident lié à l'administration de médicaments à la personne résidente n° 003. Celle-ci s'est vu administrer les médicaments de la personne résidente n° 005, ce qui a entraîné son hospitalisation.

Le jour de l'incident relatif à l'administration de médicaments, en raison d'une pénurie d'infirmières à l'étage, l'infirmière autorisée n° 112 a été transférée dans une aire résidentielle qui lui est peu familière pour administrer les médicaments du matin, jusqu'à l'arrivée d'une autre infirmière. L'infirmière autorisée n° 112 a vu la personne résidente n° 003 sortir d'une chambre, s'approcher d'elle et lui demander ses médicaments. L'infirmière autorisée n° 112 a demandé son nom à la personne résidente, qui lui a répondu par son prénom, et l'infirmière autorisée a administré les médicaments.

La politique de gestion des médicaments du foyer indique que deux méthodes d'identification sont requises avant l'administration des médicaments aux personnes résidentes, à savoir : la photo actuelle de la personne résidente figurant dans le Registre d'administration des médicaments ou le Registre d'administration des traitements, le bracelet d'identification de la personne résidente, la confirmation verbale de la personne résidente capable de reconnaître son nom ou celle d'un membre du personnel entretenant une relation de longue durée avec une personne résidente, qui est en mesure de confirmer l'identité de cette dernière. En outre, 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

politique indique qu'il faut administrer les médicaments en respectant les huit principes de l'administration des médicaments : bonne personne résidente, bon médicament, bonne dose, bon moment, bonne voie d'administration, bonne raison, bonne réponse, bonne documentation.

L'infirmière autorisée n° 112 a confirmé qu'elle n'avait pas respecté les huit principes d'administration des médicaments, qu'elle n'avait pas demandé à la personne résidente de lui donner son nom et son prénom et qu'elle n'avait pas utilisé une deuxième méthode d'identification avant d'administrer le médicament à la personne résidente n° 003.

Le fait de ne pas avoir eu recours à deux méthodes d'identification de la personne résidente avant l'administration des médicaments a compromis le bien-être de la personne résidente n° 003.

Sources : Politique de gestion des médicaments, dossiers cliniques de la personne résidente n° 003, entretien avec l'infirmière autorisée n° 112.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

Non-respect : du paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à la personne résidente n° 003 au foyer, sauf s'il lui a été prescrit.

Justification et résumé

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

Un rapport d'IC a été présenté au directeur concernant un incident lié à l'administration de médicaments à la personne résidente n° 003. Celle-ci s'est vu administrer les médicaments de la personne résidente n° 005, ce qui a entraîné son hospitalisation.

Le jour de l'incident relatif à l'administration de médicaments, en raison d'une pénurie d'infirmières à l'étage, l'infirmière autorisée n° 112 a été transférée dans une aire résidentielle qui lui est peu familière pour administrer les médicaments du matin, jusqu'à l'arrivée d'une autre infirmière. L'infirmière autorisée n° 112 a vu la personne résidente n° 003 sortir d'une chambre, s'approcher d'elle et lui demander ses médicaments. L'infirmière autorisée n° 112 a demandé son nom à la personne résidente, qui lui a répondu par son prénom, et l'infirmière autorisée a administré les médicaments. Peu après, une autre infirmière est arrivée au foyer pour prendre en charge l'administration des médicaments.

La personne résidente n° 003 a vu son état se dégrader soudainement, au moment où la personne résidente n° 005 a demandé à l'infirmière de lui donner ses médicaments. La personne résidente n° 003 a été transférée à l'hôpital et l'infirmière a réalisé que les médicaments prescrits à la personne résidente n° 005 avaient été administrés par erreur à la personne résidente n° 003.

L'infirmière autorisée n° 112 et le directeur des soins ont confirmé que la personne résidente n° 003 s'était vu administrer à tort des médicaments qui avaient été prescrits à la personne résidente n° 005.

Le fait de ne pas administrer à la personne résidente n° 003 les médicaments qui lui avaient été prescrits a compromis son bien-être.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes n° 003 et n° 005, notes d'enquête du foyer, et entretiens avec le personnel.