

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : le 22 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1088-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc.

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

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 9, 11, 15, 16, 17, 18 et 22 décembre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : les 10, 12 et 19 décembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le signalement : n° 00161571 – rapport d'incident critique n° 2572-000058-25 – chute d'une personne résidente dont personne n'a été témoin ayant entraîné une fracture
- Le signalement : n° 00161884 – une plainte : sujets de préoccupation concernant une mise en congé et des soins inappropriés à l'égard d'une personne résidente.
- Le signalement : n° 00162159 – Correspondance électronique : plainte anonyme concernant des soins inappropriés à la suite d'une chute
- Le signalement : n° 00162750 – rapport d'incident critique n° 2572-000060-25 – chute d'une personne résidente ayant entraînée une fracture.
- Le signalement : n° 00162789 – rapport d'incident critique n° 2572-000061-25 – transfert/changement de position de façon inappropriée de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) entraînant des risques de blessures
- Le signalement : n° 00163374 – rapport d'incident critique n° 2572-000063-25 – mauvais traitements d'ordre physique de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente.

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Le signalement : n° 00163701 – rapport d'incident critique n° 2572-000065-25 – allégation de mauvais traitement d'ordre verbal de la part d'une membre du personnel envers une personne résidente.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes
Admission, absences et mises en congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 3. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

3. Le résident a droit au respect de sa participation à la prise de décisions.

Les droits d'une personne résidente n'ont pas été respectés et promus lorsque deux PSSP n'ont pas suivi les instructions claires de la personne résidente concernant la position correcte requise pour un transfert confortable de son aide à la mobilité vers son lit.

Sources : rapport d'incident critique n° 2572-000061-25, dossiers cliniques de la personne résidente, observation d'un transfert de la personne résidente, entretiens avec la personne résidente, la PSSP et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Une personne résidente a signalé au foyer qu'une PSSP était trop rapide dans ses soins et trop brusque à une date précise. La personne résidente a déclaré s'être sentie émotionnellement blessée au moment de l'incident, ce qui a été confirmé lors d'un entretien. L'allégation de mauvais traitements d'ordre affectif a été corroborée et confirmée par le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI). En conséquence, la PSSP a fait l'objet d'une sanction disciplinaire.

Sources : rapport d'incident critique n° 2572-000063-25, notes d'enquête du foyer, entretien avec la personne résidente et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Une personne résidente n'a pas reçu de soins qui s'intègrent et sont effectués de façon collaborative de la part du personnel et des autres personnes impliquées dans les différents aspects des soins lorsque la reconnaissance d'une confusion inhabituelle n'a pas fait l'objet d'un suivi, lorsque des médicaments essentiels à la

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

gestion d'un état pathologique ont été refusés et que le médecin n'a pas été informé du refus, et lorsque les analyses sanguines nécessaires au suivi de la réponse thérapeutique aux médicaments n'ont pas été effectuées. Les évaluations de ces événements n'ont pas été intégrées les unes aux autres et n'ont pas fait l'objet d'un suivi.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le pharmacien consultant ou la pharmacienne consultante du foyer.

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

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. 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.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas signalé immédiatement un incident de mauvais traitements d'ordre verbal présumé à l'encontre d'une personne résidente par une autre PSSP. Un rapport d'incident critique a été soumis environ un mois après l'incident présumé, lorsque la PSSP a signalé l'incident au directeur ou à la directrice des soins infirmiers (DSI) – Qualité.

Sources : rapport d'incident critique n° 2572-000065-25, dossiers cliniques de la personne résidente, dossier d'enquête interne du foyer.

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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 personnes résidentes, le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes, 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).

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit mettre en œuvre des stratégies visant à réduire ou à atténuer le risque de chutes. Plus précisément, le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures du foyer demandait au foyer de mettre en œuvre des stratégies universelles de prévention des chutes à utiliser dans l'ensemble du foyer pour la sécurité des personnes résidentes. D'autres stratégies de prévention des chutes visant à réduire ou à atténuer les chutes des personnes résidentes à haut risque seront mises en œuvre pour répondre aux besoins de chaque personne résidente.

Une personne résidente, identifiée comme présentant un risque élevé de chute, a été victime d'une chute dont personne n'a été témoin dans sa chambre. Le personnel a trouvé la personne résidente sur le sol avec le lit en position haute. Le ou la responsable des chutes et un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) ont indiqué que l'attente, également décrite dans le programme de soins provisoire de la personne résidente, était que le lit reste verrouillé dans la position la plus basse chaque fois que la personne résidente est dans son lit et qu'elle n'est pas surveillée. Suite à la chute, la personne résidente a subi une blessure.

Sources : rapport d'incident critique n° 2572-000060-25, entretiens avec le ou la responsable des chutes et l'IA, dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer, programme de prévention des chutes et de réduction des blessures du foyer - Careg-P10, examiné le 9 juin 2025.

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 123 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée élabore un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents.

Une personne résidente n'a pas bénéficié d'une gestion sûre de ses médicaments, car le médecin n'a pas été informé de son refus permanent d'un médicament précis. La personne résidente n'a pas bénéficié d'un traitement médicamenteux efficace, car les taux sériques quantifiant les concentrations thérapeutiques n'ont pas été mesurés conformément à l'ordonnance du médecin et aux indications pour une utilisation sûre et efficace.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique de gestion des médicaments du foyer – RC-16-01-07, entretien avec le ou la DSI et l'IAA du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.