

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 31 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1556-0005

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : The Regional Municipality of Halton

Foyer de soins de longue durée et ville : Allendale, Milton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 22 et du 25 au 29 novembre ainsi que du 2 au 5 décembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00129747 – Inspection proactive de la conformité pour Allendale.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes résidentes

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Gestion de la douleur

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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 63 (3) de la *LRSLD* (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou recommandations.

Justification et résumé

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents des 12 derniers mois ont démontré que le titulaire de permis n'avait pas répondu au conseil au plus tard dix jours après avoir été informé des sujets de préoccupation ou recommandations. L'adjoint du conseil des résidents l'a reconnu.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents; entretien avec le membre du conseil des résidents et l'adjoint du conseil des résidents.

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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 66 (3) de la *LRSLD* (2021)

Pouvoirs du conseil des familles

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au conseil des familles au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou recommandations.

Justification et résumé

Les procès-verbaux des réunions du conseil des familles des 12 derniers mois ont démontré que le titulaire de permis n'avait pas répondu au conseil au plus tard dix jours après avoir été informé des sujets de préoccupation ou recommandations. L'administrateur l'a reconnu.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du conseil des familles; entretien avec la présidente ou le président du conseil des familles et l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect : du paragraphe 24 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (5) Le titulaire de permis tient, pendant au moins un an, un dossier où sont consignées les températures mesurées en application des paragraphes (2), (3) et (4).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu, pendant au moins un an, un dossier où étaient consignées les températures mesurées.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le foyer n'a pas été en mesure d'extraire les relevés de température pour l'année en cours, sauf pour la période de mai à septembre. Lors d'un entretien audio enregistré, l'administrateur a confirmé que le foyer disposait d'un système automatisé de consignation des températures pour l'ensemble du bâtiment, mais qu'il ne pouvait pas en extraire un rapport des températures consignées au cours de la dernière année. L'administrateur a confirmé que le foyer n'avait pas veillé à ce que soit tenu un dossier où étaient consignées les températures mesurées pendant au moins un an, sauf au cours de la période de mai à septembre.

Le fait que le foyer n'ait pas été en mesure de tenir un dossier où étaient consignées les températures mesurées pendant au moins un an constituait un risque pour le confort et le bien-être des personnes résidentes.

Sources : Relevés de température; entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur pour 2023 comporte un résumé écrit des modifications apportées et de la date à laquelle ces modifications avaient été mises en œuvre.

Justification et résumé

Le résumé écrit de l'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur a révélé que l'évaluation ne comprenait aucun résumé des modifications apportées ni de la date à laquelle ces modifications avaient été mises en œuvre. L'administrateur a confirmé que ces modifications avaient été mises en œuvre, mais que la date à laquelle elles l'avaient été n'avait pas été consignée dans l'évaluation annuelle écrite.

Sources : Examen de l'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur; entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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 disposition 4 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies pour 2023 comporte un résumé écrit des

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Justification et résumé

Le dossier écrit de l'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies n'englobait aucun résumé des modifications apportées ni de la date à laquelle ces modifications avaient été mises en œuvre. L'administrateur a confirmé que ces modifications avaient été mises en œuvre, mais que la date à laquelle elles l'avaient été n'avait pas été consignée dans l'évaluation annuelle écrite.

Sources : Examen de l'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies; entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (3) e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du plan de dotation en personnel pour 2023 comporte un résumé écrit des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Justification et résumé

Le dossier écrit de l'évaluation annuelle du plan de dotation en personnel pour 2023 n'englobait aucun résumé des modifications apportées ni de la date à laquelle ces modifications avaient été mises en œuvre. L'administrateur a déclaré avoir pris

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

des mesures à l'égard de l'accroissement de l'effectif en 2023, ce qui n'a toutefois pas été pris en compte dans l'évaluation écrite.

Sources : Examen de l'évaluation du plan de dotation en personnel pour 2023; entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) 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 :

(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 présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

La personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. L'examen de l'évaluation de la peau et des plaies de la personne résidente dans PointClickCare (PCC) a démontré qu'une évaluation initiale des plaies avait été effectuée. Les réévaluations ultérieures ont été documentées. Treize réévaluations n'ont pas été documentées dans le cadre de l'évaluation de la peau et des plaies.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Un entretien avec le personnel autorisé a révélé que l'évaluation de la peau et des plaies devait être effectuée chaque semaine, et que les évaluations hebdomadaires des plaies ne l'avaient pas été. Lors d'un entretien, le responsable des soins de la peau et des plaies a également confirmé que des évaluations des plaies devaient être effectuées chaque semaine et qu'elles ne l'avaient pas été.

Le fait de ne pas avoir procédé à la réévaluation de l'évaluation de la peau et des plaies a exposé la personne résidente à un risque modéré puisque le processus de guérison n'avait pas été surveillé. L'incidence pour la personne résidente est faible.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel autorisé et la personne responsable des soins de la peau et des plaies.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de 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 respecté la norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le point b) de la section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI), qui a été révisée en septembre 2023, précise que le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

programme de PCI, et que les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé

Au cours d'un service de repas du midi, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté ce qui suit :

- Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) aidait une personne résidente à manger. Elle s'est rendue à une autre table pour repositionner une autre personne résidente, est retournée auprès de la première personne résidente et a continué de l'aider à manger. La PSSP n'a pas pratiqué l'hygiène des mains;
- Une autre PSSP aidait une personne résidente à manger. Une personne résidente assise à une autre table a renversé une boisson. Pendant qu'une autre PSSP nettoyait le dégât causé par la boisson renversée, la PSSP a saisi le gobelet vide et l'a apporté à la dépense, l'a placé sur un chariot et est retournée nourrir la personne résidente qu'elle aidait au départ. L'hygiène des mains n'a pas été pratiquée;
- Une PSSP aidait une personne résidente à manger. Elle est allée couper de la nourriture dans l'assiette d'une autre personne résidente, puis est revenue pour aider la première personne résidente à manger. L'hygiène des mains n'a pas été pratiquée.

L'infirmière gestionnaire principale a confirmé qu'il était attendu du personnel qu'il procède à l'hygiène des mains entre le moment où il vient en aide à une personne résidente et celui où il effectue une autre activité.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le fait de ne pas pratiquer l'hygiène des mains entre les contacts avec les personnes résidentes et l'environnement augmente le risque de propagation d'infections.

Sources : Observation du service de repas du midi; examen de la politique d'hygiène des mains (*Hand Hygiene Policy*) (février 2024); entretien avec l'infirmière gestionnaire principale.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 009 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.

A) Le titulaire de permis n'a pas respecté la procédure relative au retrait des stupéfiants en attente de destruction du chariot à médicaments.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que le système de gestion des médicaments comporte des politiques et des procédures visant à assurer la destruction et l'élimination de façon rigoureuse de tous les médicaments au foyer.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance (*Narcotics/Controlled/Monitored Drugs*) (juillet 2019), selon laquelle les stupéfiants et les médicaments contrôlés en attente de destruction doivent être entreposés dans une armoire fixe séparée à double verrouillage dans une salle de médicaments verrouillée. L'infirmière qui a traité un ordre d'arrêt d'un médicament sous

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

surveillance était chargée de retirer le médicament ainsi que la feuille de comptage du chariot à médicaments et du bac à stupéfiants.

Justification et résumé

À une date et à une heure données, on a constaté que des stupéfiants en attente de destruction avaient été conservés à l'intérieur du chariot à médicaments, dans le bac à stupéfiants, avec les médicaments à administrer aux personnes résidentes. Les médicaments étaient destinés à une personne résidente précise.

Le personnel autorisé a fait observer que la dernière dose de deux stupéfiants avait été administrée à une date donnée. Le reste des stupéfiants devait être jeté étant donné que la personne résidente en question était hospitalisée pour quelques jours. Deux nouvelles cartes de stupéfiants sont arrivées, et les nouvelles doses ont été administrées à partir des nouvelles cartes. Le personnel autorisé a déclaré que le comptage de 7 h avait été effectué par une autre infirmière. Cependant, les stupéfiants à éliminer se trouvaient toujours dans le chariot à médicaments avec d'autres médicaments à administrer.

La politique du foyer précise que les stupéfiants et les substances contrôlées en attente de destruction doivent être entreposés dans une armoire fixe séparée à double verrouillage dans une salle de médicaments verrouillée.

Le gestionnaire des soins aux personnes résidentes a souligné que les stupéfiants à éliminer devaient être retirés du chariot à médicaments dès que possible et dès qu'une autre infirmière était disponible pour procéder au comptage et à la signature de l'élimination. L'infirmière gestionnaire principale a confirmé que les stupéfiants auraient dû être retirés et ne pas être conservés avec les médicaments à administrer aux personnes résidentes.

Le fait de ne pas avoir éliminé les stupéfiants en attente de destruction augmente le risque d'erreurs liées aux médicaments.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Observation; examen du bac à stupéfiants dans le chariot à médicaments; examen des feuilles individuelles de comptage des stupéfiants en attente de destruction, du registre électronique d'administration des médicaments de la personne résidente et des notes d'évolution; entretien avec le personnel autorisé, le gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'infirmière gestionnaire principale.

B) Le titulaire de permis n'a pas respecté la procédure d'administration des stupéfiants et des médicaments sous surveillance (*Administration of Narcotic and Monitored Medication*), qui figure dans la politique sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance, et n'a pas signé le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés pour attester que les substances contrôlées avaient été administrées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que le système de gestion des médicaments dispose de politiques et de procédures pour veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés et administrés de façon rigoureuse..

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance (juillet 2019), selon laquelle toutes les entrées doivent être effectuées dans le registre d'administration des stupéfiants et des substances contrôlées au moment de leur retrait de la carte.

Justification et résumé

À une date donnée, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que le personnel autorisé avait administré des stupéfiants à la personne résidente et n'avait pas inscrit la quantité administrée et la quantité restante dans le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés après l'administration des médicaments. Le personnel autorisé a été interrogé après le dîner et a confirmé que sa pratique consistait à signer le registre pour attester que tous les stupéfiants avaient été

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

administrés une fois le passage des médicaments terminé et non pas après chaque administration. Le gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'infirmière gestionnaire principale ont reconnu que la politique du foyer consistait à signer le registre d'administration des narcotiques et des médicaments contrôlés après chaque administration afin de garantir l'exactitude du comptage et de l'administration.

Le fait de ne pas signer le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés après chaque administration peut accroître le risque d'erreurs liées aux médicaments.

Sources : Observation du passage des médicaments; examen des dossiers de la personne résidente, examen de la politique du foyer sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance (*Narcotics/Controlled/Monitored Drugs*) (juillet 2019); entretien avec le personnel autorisé, le gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'infirmière gestionnaire principale.

C) Le titulaire de permis n'a pas respecté la procédure relative au comptage des stupéfiants et des médicaments contrôlés et à la signature du registre d'administration lors du changement de quart.

Conformément à l'article 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que le système de gestion des médicaments englobe des politiques et des procédures afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance (juillet 2019), selon laquelle deux membres du personnel autorisé, dont l'un entame un quart de travail

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

et l'autre en finit un, doivent procéder ensemble au comptage des médicaments contrôlés lors du changement de quart, et doivent tous les deux vérifier par leur signature la quantité de chaque médicament contrôlé à leur disposition en la comparant avec le registre d'administration des stupéfiants et des substances contrôlées.

Justification et résumé

À une date et à une heure données, on a constaté que le registre d'administration des stupéfiants et des substances contrôlées pour les médicaments sous surveillance de la personne résidente avait été signé au préalable en vue du changement de quart de travail à 15 h par l'infirmière qui finissait le sien. Le personnel autorisé a reconnu qu'il avait signé au préalable le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés. L'infirmière gestionnaire principale a confirmé que le comptage des médicaments sous surveillance devait être effectué avec l'infirmière qui entamait son quart de travail et qu'il fallait vérifier le comptage au moment du changement de quart de travail.

Le fait de ne pas suivre le processus de comptage des médicaments sous surveillance lors d'un changement de quart de travail augmente le risque d'erreurs liées à des médicaments.

Sources : Observations à une date donnée; examen du dossier d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés de la personne résidente, et de la politique du foyer sur les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments sous surveillance (Narcotics/Controlled/Monitored Drugs) (juillet 2019); entretien avec le personnel autorisé et l'infirmière gestionnaire principale.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
 - (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le chariot à médicaments dans lequel des médicaments étaient entreposés soit sûr et verrouillé.

Justification et résumé

À une date donnée, pendant la distribution des médicaments à l'heure du dîner, le personnel autorisé administrait des médicaments aux personnes résidentes dans la salle à manger et n'a pas verrouillé le chariot à médicaments avant de le laisser sans surveillance. Le personnel a reconnu qu'il aurait dû verrouiller le chariot à médicaments. Le gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'infirmière gestionnaire principale l'ont reconnu.

Le fait de ne pas verrouiller le chariot à médicaments lorsqu'il est laissé sans surveillance augmente le risque que d'autres personnes aient accès aux médicaments.

Sources : Observation de la distribution des médicaments; entretien avec le personnel autorisé, le gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'infirmière gestionnaire principale.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect : de la sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité contienne une trace écrite des dates de mise en œuvre des mesures compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice.

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité réalisée pour l'exercice 2024 n'englobait pas les dates auxquelles les mesures avaient été prises au foyer compte tenu des résultats du sondage. L'administrateur l'a reconnu.

Sources : Examen du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité; entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie du rapport sur l'amélioration constante de la qualité soit remise au conseil des familles.

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du conseil des familles de 2024 ne précisait pas si le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité avait été remis au conseil. Le président ou la présidente du conseil des familles n'était pas au fait du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et ne se souvenait pas s'il avait été remis. Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a affirmé que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité n'avait pas été remis au conseil.

Sources : Examen du procès-verbal de la réunion du conseil des familles; entretien avec le président ou la présidente du conseil des familles et le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Fenêtres

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRS LD (2021), alinéa 155 (1) 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis doit :

1. L'administrateur ou le gestionnaire des services environnementaux procédera à une vérification complète du foyer pour s'assurer que toutes les fenêtres ouvrant sur l'extérieur et auxquelles ont accès les personnes résidentes ne peuvent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.
2. Le foyer conservera les documents liés à la vérification, y compris les dates et le nom des membres du personnel chargés de la vérification, de même qu'une liste intégrale des lieux où se trouvent les fenêtres contrôlées et une liste des fenêtres à réparer ou à ajuster pour voir à ce qu'elles ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.
3. L'administrateur et le gestionnaire des services environnementaux créeront un ordre de travail pour effectuer l'ensemble des réparations et ajustements établis pour les fenêtres, y compris l'installation des mécanismes et de l'équipement appropriés nécessaires pour que les fenêtres ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.
4. Les vérifications et documents relatifs à cet ordre doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes ne puisse être ouverte de plus de 15 centimètres.

Justification et résumé

On a constaté que certaines fenêtres du foyer situées notamment dans les chambres de personnes résidentes et couloirs des premier et deuxième étages pouvaient être ouvertes de plus de 15 centimètres dans au moins sept aires ou

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

salles différentes. Les fenêtres situées dans les aires susmentionnées mesuraient de 18,4 cm à 23,5 cm. Les mesures ont été prises en présence du responsable de l'entretien et de l'inspectrice ou l'inspecteur à l'aide du ruban à mesurer du foyer. Lors des mesures et d'un entretien avec le responsable de l'entretien, celui-ci a confirmé que l'ouverture maximale des fenêtres était supérieure aux 15 centimètres prescrits par la loi. L'administrateur et le responsable de l'entretien ont tous deux reconnu ce problème de sécurité.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les fenêtres du foyer auxquelles les personnes résidentes ont accès ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres expose les personnes résidentes à un risque accru en matière de sécurité.

Sources : Observations et entretien avec le responsable de l'entretien.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

28 février 2025.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.