

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 3 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1393-0001

**Type d'inspection :**  
Plainte  
concernant un  
incident critique

**Titulaire de permis :** Henley House Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** The Henley House, St. Catharines

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Erika Reaman (000764)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Erika Reaman

Signé numériquement par Erika  
Reaman  
Date : 2024.06.17 15:25:43  
-04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Meghan Redfearn (000765)  
Jonathan Conti (740882)  
Nishy Francis (740873)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18 et 19 avril, du 22 au 26 avril, 29 et 30 avril et du 1<sup>er</sup> au 3 mai 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00096487 – Incident critique (IC) 2909-000117-23 relatif à un traitement inapproprié/inadéquat d'un membre du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00097218 – IC n° 2909-000121-23 relatif à la prévention et au contrôle des infections.
- Le dossier : n° 00101216 – IC n° 2909-000149-23 relatif aux soins et services aux 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

- Le dossier : n° 00105278 – IC n° 2909-000167-23 relatif aux soins et services aux personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00106409 – IC n° 2909-000006-24 relatif au système de gestion des médicaments.
- Le dossier : n° 00107102 – IC n° 2909-000013-24 relatif à une blessure d'une personne résidente de cause inconnue.
- Le dossier : n° 00107866 – IC n° 2909-000017-24 relatif au comportement illégal d'un visiteur à l'égard d'une personne résidente.
- Le dossier : n° 00110556 – IL-0123741-HA relatif à un plaignant ayant des préoccupations concernant un résident en rapport avec : la peau et les plaies, les soins liés à l'incontinence et à la facilitation des selles, le service de restauration et de collation, la planification des menus.
- Le dossier : n° 00110697 – IC n° 2909-000042-24 relatif aux soins de la peau et des plaies.
- Le dossier : n° 00111829 – IC n° 2909-000048-24 relatif à la chute d'une personne résidente.

Les dossiers suivants ont été complétés :

- Le dossier : n° 00102934 – IC n° 2909-000156-23; Le dossier : n° 00106422 – IC n° 2909-000005-24; Le dossier : n° 00107869 – IC n° 29-000018-24; Le dossier : n° 00113732 – IC n° 2909-000065-24 relatif à la prévention et contrôle des infections.
- Le dossier : n° 00111294 – IC n° 2909-000046-24; Le dossier : n° 00099935 – IC n° 2909-000144-23, Les dossiers : n° 00099253 – IC n° 2909-000137-23 tous relatifs à la prévention et à la gestion des chutes.

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

inspection : Prévention et gestion de la peau et des plaies  
Soins liés à l'incontinence  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Gestion des médicaments  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Prévention des mauvais traitements  
et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Rapports et plaintes  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : alinéa 6 (1) c) 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 (c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des directives claires soient données au personnel et aux autres fournisseurs de soins directs à une personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indique que cette dernière a besoin d'aide pour utiliser son appareil fonctionnel afin de se déplacer de manière autonome. Le programme de soins indique également que la personne résidente ne marche pas. Les notes d'évolution indiquent que la personne résidente avait besoin de rappels pour qu'elle s'abstienne d'utiliser son appareil fonctionnel afin de minimiser le risque de chutes, car la personne résidente s'est transférée elle-même et n'a pas appelé à l'aide.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Le personnel autorisé et la personne préposée aux services de soutien personnel ont déclaré que la personne résidente n'utilisait pas son appareil fonctionnel et ne se déplaçait pas de manière autonome. Lors d'observations séparées de la personne résidente, l'appareil fonctionnel ne se trouvait pas dans la chambre de la personne résidente ni à proximité de celle-ci. Le programme de soins a été corrigé par le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) pour indiquer que la personne résidente n'utilisait pas son appareil fonctionnel.

**Sources** : Observation de la personne résidente; entretiens avec le personnel et le ou la DASI; examen du dossier clinique de la personne résidente. [740873]

Date de la rectification apportée : 29 avril 2024

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer prévoyant des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance des personnes résidentes, soit respecté pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir en place un programme de prévention et de gestion des chutes afin de réduire l'incidence des chutes et le risque de blessures, et il doit le respecter. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du 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 de Hamilton**

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

**Justification et résumé**

Une personne résidente s'est blessée à la suite d'une chute dont nul n'a été témoin. La politique de prévention des chutes du foyer stipule que le foyer doit envisager la mise en place de tournées toutes les heures après la chute d'une personne résidente.

Le ou la DASI a déclaré que le foyer n'avait pas mis en œuvre cette mesure d'intervention après une chute. Le ou la DASI a mis en place cette mesure d'intervention le 26 avril 2024.

Le foyer n'a pas mis en place de stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes conformément à son programme de prévention et de gestion des chutes, ce qui a mis la personne résidente à risque de faire une chute.

**Sources** : Entretiens avec le ou la DASI; examen du dossier clinique de la personne résidente et de la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes, révisée en mars 2024. [740873]

Date de la rectification apportée : 29 avril 2024

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : alinéa 28 (1) 1 de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident impliquant un traitement ou des soins inappropriés ou incompétents à l'égard d'une personne résidente, ayant

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice.

**Justification et résumé**

Un rapport d'IC a été soumis à une date donnée en octobre 2023. L'incident a été classé dans la catégorie des traitements ou soins inappropriés ou incompetents à l'égard d'une personne résidente ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice. L'incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur ou à la directrice et la ligne de Service Ontario après les heures de bureau n'a pas été appelée.

La politique du foyer en matière d'incidents à déclaration obligatoire ou critiques stipule que tous les incidents liés à l'administration d'un traitement ou des soins de manière inappropriée ou incompetente à une personne résidente et ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente doivent être immédiatement signalés au directeur ou à la directrice en remplissant un formulaire du système d'IC du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30. En dehors de ces heures, y compris les jours fériés, le personnel doit appeler la ligne de Service Ontario après les heures de bureau pour signaler l'incident et soumettre un formulaire d'IC le jour ouvrable suivant.

La politique stipule qu'un rapport d'IC doit être rempli dès lors qu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner qu'un incident s'est produit.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que la direction avait été informée de l'incident et qu'une enquête avait été ouverte le jour même. Cette personne a déclaré que l'incident aurait dû être signalé à la direction plus tôt qu'il ne l'a été et que l'incident a été signalé tardivement.

**Sources :** Rapport d'IC; politique en matière d'incidents à déclaration obligatoire ou critiques; entretien avec le ou la DSI. [000765]

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP) soit accessible à tout moment par une personne résidente.

**Justification et résumé**

Une personne résidente dépendait du personnel pour la plupart des activités de la vie quotidienne (AVQ), conformément à son programme de soins. Le programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci utilise une sonnette d'appel pour alerter le personnel. La sonnette d'appel est reliée au système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel et est utilisée pour alerter le personnel ainsi que d'autres personnes sur les besoins des personnes résidentes.

À une date précise, une personne PSSP a été observée en train de quitter la chambre de la personne résidente. La personne PSSP a confirmé à l'inspectrice qu'au cours d'une période donnée, la personne résidente a été sujette à une mesure d'intervention avec l'aide d'une autre personne PSSP.

À une heure précise, la personne résidente a été observée dans son lit. La personne résidente a confirmé que la sonnette d'appel était hors de sa portée.

Après avoir été alerté par l'inspectrice, un membre du personnel autorisé a reconnu pendant l'observation que la sonnette d'appel n'était pas à la portée de la personne résidente. Un membre du personnel autorisé et le ou la DSI ont confirmé que la sonnette d'appel devait être placée à portée de main de la personne résidente. Une personne PSSP a reconnu que la sonnette d'appel était peut-être tombée hors de portée. Le personnel a confirmé que la personne résidente avait besoin du SCBPRP et qu'elle l'utilisait souvent pour communiquer ses besoins au personnel.

Il y avait un risque potentiel que la personne résidente ne soit pas en mesure

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

d'alerter les autres personnes de ses besoins d'assistance, car le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le SCBPRP soit accessible à tout moment, y compris lorsqu'elle était au lit.

**Sources :** Observations d'une personne résidente dans sa chambre, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la personne PSSP et le ou la DSI. [740882]

**AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel autorisé suive les directives du fabricant pour une substance dangereuse lorsqu'il n'a pas immédiatement appelé le médecin après un incident impliquant une personne résidente.

**Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport d'IC indiquant que la personne résidente avait consommé une substance dangereuse.

La substance dangereuse portait une étiquette mentionnant « danger » et « poison », avec un symbole de tête de mort sur le devant de la bouteille. Les directives figurant au dos de la bouteille indiquaient que la solution était nocive et qu'en cas d'ingestion, il fallait appeler immédiatement un centre antipoison ou un médecin. La fiche de données de sécurité de la substance dangereuse indique une toxicité aiguë, dont l'ingestion peut être nocive. Les mesures de premiers soins extraites de la fiche de données de sécurité indiquent qu'en cas d'ingestion, il faut appeler immédiatement un médecin.

Les notes d'évolution de la personne résidente n'indiquaient pas que le personnel soignant avait appelé le médecin immédiatement après l'incident. Les notes

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

d'évolution indiquent que le médecin a été informé plus tard.

Un membre du personnel autorisé a déclaré qu'il n'avait pas appelé le médecin pendant son service et qu'il avait signalé l'incident au personnel qui arrivait sur place. Un membre du personnel autorisé a déclaré qu'il avait appelé le médecin pendant son quart de travail. Le médecin lui a demandé d'appeler le centre antipoison et de surveiller la personne résidente.

Le ou la DSI a déclaré ne pas être en mesure de confirmer si la personne résidente avait avalé la substance dangereuse, mais que c'était possible. Cette personne a reconnu que l'infirmière ou l'infirmier n'avait pas appelé le médecin immédiatement et que les membres du personnel devaient suivre les directives figurant sur l'étiquette lorsqu'ils utilisaient un produit.

Le fait que le médecin n'a pas été informé immédiatement de la consommation d'une substance dangereuse présentait un risque pour la sécurité de la personne résidente.

**Sources :** Étiquette de la substance dangereuse; programme de soins de la personne résidente; fiche de données de sécurité relative à la substance dangereuse; entretiens avec le personnel et le ou la DSI. [000765]

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer prévoyant des stratégies visant à diminuer les

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance des personnes résidentes, soit respecté pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer que les personnes résidentes étaient supervisées et qu'elles n'étaient pas seules dans l'aire de la douche en tout temps, conformément à la politique du foyer en matière de bains.

**Justification et résumé**

À une date donnée, un membre du personnel a laissé une personne résidente sans surveillance dans la salle de douche. La personne résidente a déclaré être tombée après le départ du membre du personnel. La politique du foyer stipule que les personnes résidentes ne doivent pas être laissées sans surveillance dans la salle de douche. Le ou la DSI a précisé que le personnel ne doit pas laisser les personnes résidentes sans surveillance dans l'aire des douches.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la « politique en matière de bains » du foyer, révisée en juin 2022.

Lorsque les personnes résidentes sont laissées sans surveillance dans l'aire des douches, il existe un risque de blessure mettant en péril la sécurité et le bien-être des personnes résidentes.

**Sources** : Entretien avec le personnel et le ou la DSI; examen du dossier clinique d'une personne résidente, de la politique du foyer et des notes d'enquête du foyer. [740873]

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : alinéa 55 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(d) tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin, compte tenu de son état et de la tolérance de sa charge tissulaire, sauf qu'il ne doit être changé de position pendant qu'il dort que si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, qui dépendait du personnel pour changer de position, soit repositionnée toutes les deux heures ou plus fréquemment.

**Justification et résumé**

Une personne résidente devait être tournée et changée de position toutes les deux heures, car elle était incapable de se repositionner elle-même.

À une date donnée, la personne résidente a été observée entre deux périodes de temps. La personne résidente n'a pas été tournée ou changée de position par le personnel comme cela était requis. La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas été changée de position. Les documents relatifs au changement de position de la personne résidente indiquent la date du dernier repositionnement.

Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente n'avait pas été changée de position comme prévu. Le personnel autorisé et le ou la DSI ont confirmé que le personnel devait changer la personne résidente de position toutes les deux heures.

Le fait que le foyer n'ait pas veillé à ce que la personne résidente soit changée de position toutes les deux heures présentait un risque d'altération de la cicatrisation des plaies et de retard dans la prise en charge de la douleur associée.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente; programme de gestion des soins de la peau et des plaies (décembre 2023); observations; entretiens avec la personne résidente et le personnel. [740882]

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Non-respect de : alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

(b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies visant à atténuer les comportements réactifs d'une personne résidente soient mises en œuvre.

**Justification et résumé**

À une date donnée, une personne résidente qui avait des comportements réactifs s'est retournée brusquement et a touché une autre personne résidente de manière inappropriée.

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'elle est connue pour avoir des comportements inappropriés à l'égard des autres personnes résidentes. Son programme de soins indique qu'une mesure d'intervention individuelle a été mise en place pour gérer ses comportements en restant à proximité et en la surveillant.

Un membre du personnel a été désigné comme accompagnateur de la personne résidente. Au cours de l'enquête menée par le foyer, le personnel a déclaré que le membre du personnel accompagnateur était loin de la personne au moment de l'incident. Le ou la DSI a déclaré que le membre du personnel accompagnateur ne devait pas quitter la personne résidente et qu'il était de sa responsabilité de toujours la surveiller.

Les notes d'évolution indiquent qu'il n'y a pas eu d'effet négatif sur l'autre personne résidente pendant ou après l'incident. Le ou la DSI a reconnu que le membre du personnel accompagnateur ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente, car il était censé être suffisamment proche pour intervenir et qu'il ne l'était pas lorsque l'incident s'est produit.

Il y a eu un préjudice réel lorsqu'une personne résidente a eu des comportements inappropriés alors que le membre du personnel qui était censé l'accompagner ne

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

l'accompagnait pas et ne la surveillait pas.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente; programme de soins de la personne co-résidente; notes d'enquête; entretiens avec le personnel et le ou la DSI. [000765]

**AVIS ÉCRIT : Services de thérapeutique**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : paragraphe 65 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services de thérapeutique

Article 65 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que des services de thérapeutiques soient organisés ou fournis aux personnes résidentes du foyer en vertu de l'article 13 de la loi qui comprend :

a) la physiothérapie fournie sur les lieux aux résidents sur une base individuelle ou en groupe, compte tenu de leurs besoins évalués en matière de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que de la physiothérapie soit fournie à une personne résidente de manière individuelle.

**Justification et résumé**

À une date donnée, une personne résidente s'est blessée. Le même jour, le ou la DASI a aiguillé la personne résidente vers des services de physiothérapie. Le ou la physiothérapeute a fermé le dossier sans avoir procédé à une évaluation de la personne résidente. Le ou la physiothérapeute a déclaré que la demande d'aiguillage ne comportait pas de motif d'évaluation et que la personne résidente n'avait pas été évaluée. Le ou la physiothérapeute a déclaré que si la raison de la demande d'aiguillage n'était pas précisée, l'évaluation ne serait pas effectuée. Le ou la DASI a confirmé que la section relative à la raison de la demande d'aiguillage n'avait pas été remplie.

Le ou la physiothérapeute et le ou la DASI ont tous deux confirmé qu'une personne résidente devait recevoir des services de physiothérapie à la suite d'une blessure de cause inconnue.

Lorsque la demande d'aiguillage vers un traitement de physiothérapie n'était pas

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

remplie, il y avait un risque de retard dans le traitement.

**Sources :** Entretiens avec le ou la physiothérapeute et le ou la DASI; examen du dossier clinique de la personne résidente. [740873]

## **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

(a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et procédures élaborées pour les programmes de soins alimentaires et d'hydratation soient mises en œuvre.

1) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas consulté le ou la diététiste agréé(e) lorsque l'état de la plaie d'une personne résidente s'est détérioré. Conformément aux politiques et procédures du foyer, le ou la diététiste agréé(e) doit être consulté(e) pour une évaluation nutritionnelle détaillée en cas d'aggravation de l'état de la peau. De plus, le problème diététique devait être communiqué au ou à la diététiste agréé(e) dans le cadre de la procédure d'aiguillage du foyer.

La personne résidente a été évaluée par le ou la diététiste agréé(e) à une date donnée. Les évaluations du ou de la diététiste agréé(e) ont indiqué des prises de repas variables à certains moments pour la personne résidente.

Aux dates indiquées, le personnel autorisé a rempli des évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente, qui ont indiqué que la cicatrisation d'une plaie se détériorait. Il n'y a pas eu de demande d'aiguillage écrite vers un ou une diététiste agréé(e) dans le cadre de la procédure du foyer exigeant l'utilisation des formulaires d'aiguillage nutritionnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Le personnel autorisé et le ou la DSI ont reconnu que la détérioration d'une plaie ou un retard de cicatrisation nécessitait un aiguillage vers un ou une diététiste agréé(e), et qu'aucun aiguillage vers le ou la diététiste agréé(e) n'avait été effectué à la suite des évaluations du personnel infirmier. Le ou la diététiste agréé(e) a confirmé qu'il ou elle n'avait pas été informé de la détérioration de la plaie de la personne résidente et qu'il ou elle n'avait reçu aucune demande d'aiguillage.

Le fait que le titulaire de permis n'a pas aiguillé la personne résidente vers le ou la diététiste agréé(e) conformément à ses politiques et procédures en cas d'aggravation de la plaie peut avoir conduit à ce que les besoins nutritionnels de la personne résidente pour la cicatrisation de la plaie ne soient pas correctement évalués.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique de gestion des plaies (mai 2023); politique d'aiguillage diététique (mai 2023); entretien avec le ou la diététiste agréé(le), le personnel autorisé et le ou la DSI. [740882]

2) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas aiguillé la personne résidente vers un ou une diététiste agréé(e) lors du retour de la personne résidente de l'hôpital et de sa réadmission. Conformément aux politiques et procédures du foyer, le ou la diététiste agréé(e) doit être informé(e) des problèmes de santé par l'intermédiaire de la procédure d'aiguillage du foyer.

Une personne résidente a été évaluée par le ou la diététiste agréé(e) à une date donnée. La personne résidente avait besoin de mesures d'interventions nutritionnelles.

La personne résidente est revenue de l'hôpital. Il n'y a pas eu de demande d'aiguillage écrite vers un ou une diététiste agréé(e) par l'intermédiaire de la procédure du foyer consistant à utiliser les formulaires d'aiguillage nutritionnel.

Le personnel a reconnu qu'une demande d'aiguillage, comme attendu, vers un ou une diététiste agréé(le) n'a pas été remplie à la suite de la réadmission d'une personne résidente après une hospitalisation.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Il existe un risque potentiel que les besoins nutritionnels de la personne résidente n'aient pas été correctement évalués, car le titulaire de permis n'a pas aiguillé la personne résidente vers le ou la diététiste agréé(e) conformément à ses politiques et procédures.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique d'aiguillage diététique (mai 2023); entretien avec le ou la diététiste agréé(e), le personnel autorisé et le ou la DSI. [740882]

## **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : alinéa 74 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

- (c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les mesures d'intervention ordonnées pour atténuer et gérer les risques nutritionnels identifiés d'une personne résidente.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas fourni de collations individuelles étiquetées à une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque nutritionnel élevé par le ou la diététiste agréé(e), et des collations individuelles étiquetées ont été commandées pour répondre à ses besoins nutritionnels.

En avril 2024, la personne résidente a déclaré qu'elle n'avait pas reçu sa collation qui avait été commandée. Lors de l'observation, la collation identifiée n'était pas

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

disponible sur le chariot à collations et n'a pas été fournie à la personne résidente. Une personne PSSP a confirmé que la collation ne se trouvait pas sur le chariot et que le rapport du chariot à collations n'avait pas été mis à jour avec ces nouvelles mesures d'interventions. La personne PSSP a reconnu que la gestion des collations individuelles commandées faisait partie de ses tâches, conformément au programme de soins de la personne résidente. Les documents relatifs aux commandes spéciales de collations à une date précise en avril 2024 ont été marqués comme étant sans objet.

À une autre date précise en avril 2024, la personne résidente était présente lors de la distribution des collations, mais il n'y avait pas de collation étiquetée à sa disposition.

Le ou la diététiste agréé(e) a confirmé que les collations étiquetées devaient être fournies en fonction de l'évaluation des besoins nutritionnels de la personne résidente, et que la personne résidente risquait de ne pas satisfaire ces besoins nutritionnels si la collation n'était pas fournie. Le ou la gestionnaire intérimaire des services nutritionnels a confirmé qu'il était attendu que les collations spécialisées énumérées soient servies et que des collations étiquetées soient disponibles sur le chariot. Le ou la gestionnaire intérimaire des soins infirmiers a confirmé que si la collation étiquetée n'est pas disponible, les personnes PSSP doivent appeler le personnel autorisé ou informer l'aide en diététique afin de fournir la collation.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas mis en place les collations étiquetées personnalisées de la personne résidente a fait courir à cette dernière le risque potentiel que ses besoins nutritionnels évalués ne soient pas comblés.

**Sources** : Politique sur la préparation et la distribution des collations (mai 2023); programme de soins d'une personne résidente; classeurs de rapports sur les chariots à collations du foyer Lakeside Park; observation de la distribution des collations du matin et de l'après-midi; entrevues avec une personne résidente, le ou la diététiste agréé(e) et le personnel PSSP. [740882]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : alinéa 79 (1) 8. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

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 :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel fournisse à une personne résidente les aides à l'alimentation et l'assistance personnelle nécessaires pour qu'elle puisse manger et boire en toute sécurité, de manière aussi confortable et indépendante que possible.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a dernièrement été évaluée par le ou la diététiste agréé(e) à une date donnée. La personne résidente a été évaluée comme étant indépendante pour s'alimenter, conformément à son programme de soins. Cependant, elle avait besoin d'assistance pour s'installer correctement et se positionner en toute sécurité lorsqu'elle mangeait dans son lit. La personne résidente utilise une aide à l'alimentation dans son lit.

À une date donnée en avril 2024, la personne résidente a été observée dans sa chambre pendant le service du repas de midi, avec son aide à l'alimentation sur le côté gauche du lit. À une heure donnée, une personne PSSP a livré le repas à la personne résidente dans sa chambre et a déposé le plateau

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

hors de sa portée. L'aide à l'alimentation est restée sur le côté gauche du lit de la personne résidente et n'a pas été placée devant elle pour qu'elle puisse y accéder, ainsi la personne résidente n'était pas en mesure de manger de manière aussi autonome que possible au moment de l'incident. Un membre de la famille de la personne résidente qui lui rendait visite pendant le service des repas avait corrigé le positionnement de l'aide à l'alimentation en la plaçant devant la personne résidente à un moment ultérieur.

Le personnel a reconnu que sa responsabilité dans la préparation du plateau-repas de la personne résidente incluait le positionnement de l'aide à l'alimentation devant la personne résidente, et que cela n'avait pas été fait. Le ou la diététiste agréé(e) et l'infirmier ou l'infirmière gestionnaire ont confirmé qu'il était attendu lors du service de plateau à la personne résidente que le personnel positionne la personne résidente de manière appropriée, y compris place le plateau devant elle lorsqu'elle est au lit ou dans un fauteuil. Le personnel a reconnu que si le visiteur de la personne résidente n'avait pas été présent au moment de l'incident, la personne résidente n'aurait peut-être pas reçu l'aide individuelle nécessaire pour manger.

Le fait que le personnel n'a pas placé l'aide à l'alimentation de la personne résidente devant elle lorsqu'elle était au lit a exposé la personne résidente à un risque potentiel de prise de repas inadéquate, car elle ne pouvait pas se positionner de manière autonome.

**Sources** : Politique relative au service de plateaux (mai 2023); programme de soins et dossier clinique d'une personne résidente; observations du service de plateaux d'une personne résidente; entretiens avec le personnel. [740882]

**AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

(b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(iii) les surfaces de contact.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact.

**Justification et résumé**

Le foyer a effectué des auto-évaluations de la PCI en avril 2024, qui ont indiqué que le nettoyage des zones fréquemment touchées n'avait pas été effectué pendant deux jours en raison d'un manque de personnel.

Le responsable de la PCI a confirmé que les zones fréquemment touchées n'avaient pas été nettoyées aux dates spécifiées. Le foyer n'était pas en situation d'épidémie à ce moment.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les zones fréquemment touchées soient nettoyées au moins une fois par jour a exposé les personnes résidentes à un risque potentiel de propagation de maladies infectieuses.

**Sources :** Auto-évaluations de la PCI; politique du foyer sur le nettoyage des surfaces fréquemment touchées et les pandémies/épidémies; entretien avec le ou la responsable de la PCI. [000764]

**AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses** Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021) **Non-respect de : article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Substances dangereuses

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

Article 97 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une substance dangereuse présente dans le foyer reste inaccessible aux personnes résidentes en tout temps.

**Justification et résumé**

En octobre 2023, une personne résidente a craché un liquide sur le sol d'un couloir. Le personnel a trouvé une bouteille de substance dangereuse dans la poubelle avec la solution encore dans la bouteille. Le rapport d'IC indique que la personne résidente a consommé une substance dangereuse et l'a recrachée sur le sol.

Un membre du personnel autorisé a déclaré que la personne résidente avait en sa possession une bouteille de substance dangereuse lorsqu'il est arrivé dans sa chambre. Le membre du personnel a indiqué que ces bouteilles doivent être jetées dans la salle des médicaments et non dans les poubelles des personnes résidentes.

Un autre membre du personnel autorisé a déclaré que toutes les fournitures pour le soin des plaies, y compris la substance dangereuse, devaient être sous clé dans la salle des médicaments. Le personnel a déclaré que les personnes résidentes n'avaient pas accès à la salle des médicaments. Il a également déclaré que la substance dangereuse n'était entreposée nulle part ailleurs dans le foyer. Il a déclaré que le chariot de soins des plaies doit être verrouillé et que le dessus doit être dégagé des fournitures lorsqu'il est utilisé.

Un ou une DSI a indiqué que les fournitures devaient être sous clé dans la salle des médicaments et inaccessibles aux personnes résidentes. Le ou la DSI a déclaré ne pas être en mesure de confirmer si la personne résidente avait avalé la substance dangereuse, mais que c'était une possibilité.

Le rapport d'IC indique que le foyer n'a pas été en mesure de vérifier où et comment la substance dangereuse a été laissée à la disposition de la personne résidente. Un ou une DSI a reconnu ne pas savoir comment la personne résidente avait obtenu une bouteille de substance dangereuse et que la bouteille n'était pas sécurisée au

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

moment de l'incident.

Le fait qu'une substance dangereuse n'a pas été placée en lieu sûr et hors de la portée des personnes résidentes dans la zone du foyer présentait un risque pour la sécurité de la personne résidente.

**Sources** : Programme de soins d'une personne résidente; étiquette de la substance dangereuse; rapport d'IC n° 2909 – 000149-23; notes d'enquête; fiche de données de sécurité de la substance dangereuse; entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI. [000765]

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : alinéa 108 (1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas fourni à la personne à l'origine de la plainte une réponse comprenant les renseignements exigés au paragraphe 3 du Règl. de l'Ont. 246/22, par. 108 (1).

Comme le stipule l'alinéa 108 (1) 3) du Règl. de l'Ont., la réponse fournie à une personne qui a déposé une plainte doit inclure :

- i.
  - 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 :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

- A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte, ou
- B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,  
et
- 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.

**Justification et résumé**

Plus précisément, à une date donnée en mars 2024, le directeur général ou la directrice générale a reçu un courriel d'un tiers indiquant qu'il avait été informé par un membre de la famille de ses préoccupations au sujet des soins d'une personne résidente. Le ou la DG a répondu à la tierce partie que les préoccupations feraient l'objet d'un suivi avec le membre de la famille identifié. Le rapport d'IC soumis par le foyer indique qu'une plainte écrite a été reçue à cette date en mars 2024 et qu'une lettre de réponse a été envoyée le même jour à la tierce partie.

Le lendemain, le ou la DSI a pris contact avec le membre de la famille de la personne résidente qui avait été identifié. Le membre de la famille a exprimé verbalement ses préoccupations concernant les soins prodigués à la personne résidente sous forme de plainte. La personne résidente et le membre de sa famille ont indiqué lors d'un entretien avec l'inspectrice que certaines des préoccupations identifiées étaient toujours d'actualité.

Un ou une DSI a confirmé que, compte tenu de la nature de la plainte verbale, le foyer a ouvert une enquête sur les problèmes de soins identifiés, et que cela a été consigné dans le programme de soins de la personne résidente.

Un ou une DSI a confirmé qu'une enquête avait été menée, mais qu'aucune réponse n'avait été apportée à la personne à l'origine de la plainte, comme indiqué ci-dessus. Le ou la DSI a reconnu que la réponse au tiers qui a fait part de ses préoccupations ne comprenait pas les éléments requis.

Le fait que le foyer n'ait pas répondu à la personne à l'origine de la plainte comme il se doit a pu entraîner des problèmes liés aux soins continus qui auraient pu rester en suspens.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

**Sources** : Registre des plaintes, notes d'évolution d'une personne résidente, politique en matière de plaintes (juillet 2023), CIS 2909-000042-24, courriels, entretien avec une personne résidente et le ou la DSI. [740882]

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

(a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas respecté son système de gestion des médicaments pour traiter les ordonnances médicales d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

Une personne résidente est revenue d'une visite à l'hôpital à une date donnée en décembre 2023 avec une ordonnance spécifique. L'ordonnance n'a été transcrite dans le dossier de la personne résidente que sept jours plus tard.

Le personnel autorisé a déclaré que cette situation avait été signalée à la direction comme un incident lié à la médication et un retard dans le traitement.

Le ou la DSI a reconnu que la transcription de l'ordonnance n'était pas conforme à la politique du foyer sur les ordonnances du médecin et de l'infirmière praticienne – Transcription des ordonnances orales, écrites et téléphoniques datée du 14 avril 2023, qui stipule que l'infirmière autorisée ou l'infirmière auxiliaire autorisée traitera chaque ordonnance du médecin immédiatement et la cosignera pour en vérifier l'exactitude dès que possible, dans un délai de 24 heures. Le ou la DSI a également reconnu ne pas avoir rempli de rapport d'incident lié aux médicaments à ce sujet et qu'il ou elle aurait dû le faire.

Le retard de traitement risquait de nuire à la santé de la personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer sur les ordonnances du médecin et de l'infirmière praticienne – Transcription des ordonnances orales, écrites et téléphoniques datée du 14 avril 2023; politique du foyer sur les types d'incidents liés aux médicaments datée du 30 juin 2023; entretien avec le ou la DSI et d'autres membres du personnel. [000764]

**AVIS ÉCRIT : Achat et manutention des médicaments**

Problème de conformité n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : alinéa 131 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Achat et manutention des médicaments

Par. 131 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit acquis, reçu ou entreposé par le foyer ou au foyer ou gardé par un résident en vertu du paragraphe 140 (8), à moins que le médicament, à la fois :

(a) n'ait été prescrit à un résident ou obtenu aux fins de la réserve de médicaments en cas d'urgence visée à l'article 132.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente n'obtienne pas un médicament qui ne lui a pas été prescrit.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été trouvée avec un flacon de pilules vide dans sa chambre à une date donnée en janvier 2024. Les médicaments n'avaient pas été prescrits à la personne résidente, qui a été transférée à l'hôpital. La personne résidente n'a subi aucun effet négatif de cet incident.

Le ou la DSI a reconnu que la personne résidente avait pris un médicament qui ne lui avait pas été prescrit.

Il existe un risque modéré pour la sécurité des personnes résidentes lorsqu'elles prennent des médicaments qui ne leur ont pas été prescrits.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le ou la DSI. [000764]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ CO n° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Alinéa 102 (2) b) 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

### **L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

1. Former tout le personnel PSSP d'un foyer donné à la politique d'hygiène des mains du foyer et à l'importance de l'hygiène des mains pour les personnes résidentes avant le service de repas et de collations.
2. Conserver une trace de la formation dispensée, les dates de la formation, les noms des membres du personnel qui y ont participé et le nom de la personne qui a dispensé la formation.
3. Réaliser deux fois par semaine des vérifications de l'hygiène des mains pendant le service des repas dans une zone spécifiée du foyer pendant une période de trois semaines.
4. Conserver un registre des vérifications effectuées, y compris les dates, le nom des membres du personnel qui ont effectué la vérification et les mesures correctives prises, le cas échéant.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

**Raisons**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme délivrée par la direction concernant la prévention et du contrôle des infections soit mise en œuvre. Selon l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

**Justification et résumé**

Le paragraphe 10.2 (c) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, stipule que le programme d'hygiène des mains pour la population résidente doit comprendre de l'aide pour que les personnes résidentes puissent se laver les mains avant de prendre leur repas ou leur collation.

À une date donnée en avril 2024, un service de collation a été observé dans une aire du foyer donnée entre des heures données. Cette aire du foyer était touchée par une épidémie au moment de l'observation. Aucune mesure d'hygiène des mains n'a été observée chez les personnes résidentes avant qu'elles ne reçoivent leur collation.

Le programme d'hygiène des mains du foyer indique que le personnel doit laver les mains des personnes résidentes avant et après les services de repas.

Une personne PSSP a reconnu que les personnes résidentes auraient dû se laver les mains avant de recevoir leur collation. Le ou la responsable de la PCI a confirmé que les personnes résidentes devaient se laver les mains avant de recevoir les repas et les collations.

Le risque de transmission d'infections est plus élevé lorsque les personnes résidentes ne se lavent pas les mains avant de recevoir leur collation.

**Sources :** Observation du service de collation dans une aire spécifique du foyer; politique d'hygiène des mains; entretiens avec le personnel PSSP et le ou la responsable de la PCI. [000764]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :** 11 juillet 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton (Ontario) 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 de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative 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.

**Directeur**

a/s 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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

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 suivants, 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.

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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

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

**Directeur**

a/s 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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).