Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)

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 West, 11e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 24 avril 2025
Numéro d'inspection : 2025-1267-0003
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité
Titulaire de permis : Foyer de soins infirmiers Heritage Green
Foyer de soins de longue durée et ville : Foyer de soins infirmiers Heritage Green, Stoney Creek

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 9, 10, 11, 14, 17, 22, 23, 24 avril 2025.

L'inspection suivante concernait : Signalement : no 00144467 – Inspection proactive de la conformité (IPC) du foyer de soins de longue durée Heritage Green.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité nº 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 6 (1) a) de la *LRSLD* (2021).
Programme de soins
Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins planifiés pour deux personnes résidentes soient consignés dans leur programme de soins écrit.
En avril 2025, lors d'une observation à l'heure du repas, le DASI a confirmé au cours d'une discussion que certaines interventions effectuées auprès de deux personnes résidentes n'avaient pas été consignées dans le programme de soins. La ou le DASI a mis à jour les programmes de soins des personnes résidentes afin d'y intégrer les interventions prévues pour chacune d'elles.

Sources : Programmes de soins des personnes résidentes; observation pendant le repas et entretien avec la ou le DASI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 avril 2025

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité nº 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.
Portes dans le foyer
Par. 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :
3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent être gardées

fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte du passe-plat de la salle à manger Wisteria, un espace non destiné à l'habitation des personnes résidentes, soit verrouillée à une date donnée en avril 2025, lorsqu'elle n'était pas sous la surveillance du personnel.

Sources : Discussion avec l'administratrice ou l'administrateur et observations de la salle à manger et du passe-plat dans la zone d'habitation des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité nº 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Température ambiante
Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius. L'examen des registres de température ambiante du 1er mars au 11 avril 2025 a révélé qu'à plusieurs dates, la température minimale de 22 degrés Celsius n'était pas maintenue de manière constante dans diverses zones du foyer.

Sources : Examen des registres de température ambiante et entretien avec la ou le responsable des services d'entretien.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité nº 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) 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 :
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 que l'état de la zone cutanée altérée d'une personne résidente soit réévalué au moins une fois par semaine, conformément aux indications cliniques, et ce, à deux reprises en 2025.

Sources : Examen des évaluations de la peau et des plaies, des registres d'administration des traitements et des notes d'évolution d'une personne résidente et entretien avec le personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments

Problème de conformité nº 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Administration des médicaments
Par 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Par. 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant pris un médicament sur une période donnée en 2025 ait une ordonnance valide.

Sources : Examen des notes d'évolution, de la revue trimestrielle de la pharmacothérapie signée le 26 février 2025 et entretien avec une ou un IAA.

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

Problème de conformité nº 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.
Rapport sur l'amélioration constante de la qualité
Par. 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'initiative d'amélioration constante de la qualité soit fournie au conseil des résidents et des familles. Les procès-verbaux des réunions du conseil de 2024 et 2025 ne contenaient ni copie du rapport ni discussion à ce sujet.

Sources : Examen des procès-verbaux des deux réunions du conseil et entretien avec la ou le gestionnaire de programme et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation des foyers

Problème de conformité nº 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 356 (3) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.
Construction et rénovation de foyers
356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :
1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du foyer.

Le titulaire de permis a manqué à son obligation de soumettre les plans et d'obtenir l'approbation de la directrice ou du directeur avant d'entreprendre les rénovations en mars 2025 dans la zone d'habitation des personnes résidentes.

Sources : Discussion avec l'administratrice ou l'administrateur et observations de la salle à manger et du passe-plat dans la zone d'habitation des personnes résidentes.