

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : le 17 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1267-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Heritage Green Nursing Home

Foyer de soins de longue durée et ville : Heritage Green Nursing Home, Stoney Creek

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 3 au 5, du 9 au 13 et le 17 février 2026.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : le 6 février 2026.

L'inspection concernait :

- Le signalement n° 00168600 relatif à une inspection proactive de la conformité.

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

Soins liés à l'incontinence
Prévention et contrôle des infections
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'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

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le programme de soins d'une personne résidente n'indiquait pas clairement quand les membres du personnel devaient porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et quel ÉPI porter. Deux membres du personnel n'étaient pas au courant des exigences relatives à l'ÉPI lorsqu'ils prodiguaient des soins à la personne résidente .

Sources : dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 2 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

Le registre électronique d'administration des médicaments (eMAR) d'une personne résidente exigeait que les membres du personnel documentent un résultat précis pour la personne résidente à chaque quart de travail. Cela n'a pas été documenté à chaque quart de travail pendant une semaine en 2026.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le programme de soins d'une personne résidente n'a pas été révisé lorsque les besoins de soins de la personne résidente ont changé.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion de la douleur du foyer précisait que le personnel autorisé devait documenter l'efficacité des mesures d'intervention pharmacologiques ou non pharmacologiques dans l'outil Point Click Care (PCC). À plusieurs reprises en janvier et en février 2026, pour deux personnes résidentes, la documentation concernant l'efficacité des analgésiques au besoin a été complétée plus de sept heures après l'administration et, à certains moments, après l'administration des analgésiques prévus.

Sources : dossiers cliniques deux personnes résidentes, programme de gestion de la douleur et entretiens avec les membres du personnel.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

AVIS ÉCRIT : Soins palliatifs

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

Non-respect du : paragraphe 61 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (2) Le titulaire de permis veille à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins du résident en matière de soins palliatifs à l'égard de son programme de soins tienne compte des besoins physiques, affectifs, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels du résident.

Une évaluation interdisciplinaire des besoins d'une personne résidente en matière de soins palliatifs qui tienne compte des besoins affectifs, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de la personne résidente n'a pas été effectuée.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

A. La section 9.1 (b) de la Norme de prévention et contrôle des infections (PCI) précise que les quatre moments de l'hygiène des mains comprennent celles précédant les interventions aseptiques et le premier contact avec les personnes résidentes.

Trois membres du personnel autorisé n'ont pas systématiquement procédé à

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

l'hygiène des mains conformément aux quatre moments de l'hygiène des mains.

B. Les sections 10.4 (h) et (i) de la Norme de PCI précisent qu'un soutien doit être fourni aux personnes résidentes pour qu'elles se lavent les mains avant de recevoir les repas, y compris les personnes résidentes qui peuvent avoir des difficultés à se laver les mains en raison de troubles de la mobilité, de troubles cognitifs ou d'autres déficiences.

Trois personnes résidentes, qui sont venues seules à la salle à manger ou qui ont été amenées par une personne soignante, n'ont pas été invitées, encouragées ou aidées à se laver les mains avant leur repas. Sept personnes résidentes qui recevaient un plateau-repas au dîner n'ont pas été invitées, encouragées ou aidées à se laver les mains avant de prendre leur repas.

Sources : observations; Normes de la PCI pour les foyers de soins de longue durée (révisée en septembre 2023).

AVIS ÉCRIT : Formation et orientation

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

Non-respect du : paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Recyclage

Paragraphe 260. (1) Des intervalles annuels sont prévus pour l'application du paragraphe 82 (4) de la Loi.

Conformément aux termes de l'alinéa 82 (2) g de la LRSLD (2021) et du paragraphe 82 (4), les membres du personnel n'ont pas suivi la formation annuelle requise.

Quatre membres du personnel n'ont pas suivi la formation annuelle sur la PCI en 2025.

Sources : dossiers de formation du foyer et entretien avec les membres du personnel.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

AVIS ÉCRIT : Formation et orientation

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

Non-respect de : l'alinéa 261 (2) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Par. 261 (2) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :

1. Sous réserve de la disposition 2, le personnel doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi.

Conformément aux termes des alinéas 82 (7) 5 et 6 de la LRSLD (2021), ainsi que des alinéas 261 (1) 3 et 4 du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel de soins directs n'a pas reçu ou n'a pas suivi la formation annuelle requise.

A. Trois membres du personnel autorisé et deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n'ont pas reçu de formation annuelle sur la gestion de la douleur en 2025;

B. Un membre du personnel autorisé et une PSSP n'ont pas reçu de formation annuelle sur les soins palliatifs en 2025; et,

C. Un membre du personnel autorisé n'a pas suivi de formation annuelle sur les soins liés à l'incontinence en 2025.

Sources : dossiers de formation et attestations d'achèvement du foyer et entretien avec les membres du personnel.