

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 : 9 juillet 2025

Numéro d'inspection : 2025-1050-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Kindera Living Care Centres LP, par ses associés commandités Kindera Living Care Centres GP Inc. et Kindera Living Management Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Cooksville Care Centre, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 27 et le 30 juin, ainsi que du 2 au 4 et du 7 au 9 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00144524 – Incident critique (IC) en rapport avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Demande n° 00145714 – IC en rapport avec la prévention et la gestion des chutes
- Demande n° 00145760 – IC en rapport avec un foyer sûr et sécuritaire
- Demande n° 00145790 – IC en rapport avec les services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Demande n° 00146116 – IC en rapport avec la prévention et la gestion des chutes
- Demande n° 00148970 – IC en rapport avec un 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le non-respect de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas la prise de mesures supplémentaires.

Problème de conformité n° 001 rectifié en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

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;

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsqu'une intervention précise n'était plus nécessaire. L'intervention a été observée à une date précise. Un directeur

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

clinique des soins a reconnu que l'intervention avait été interrompue et l'a retirée immédiatement.

Sources : Observations, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec un directeur clinique des soins et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 juin 2025

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé pour correspondre aux besoins actuels de cette dernière. Un membre du personnel autorisé a confirmé que la personne résidente avait bénéficié d'une intervention précise qui avait été interrompue par la suite et qui n'était plus nécessaire, mais le programme de soins de cette personne n'a pas été mis à jour en fonction de cette modification. Le programme de soins a ensuite été mis à jour.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 2 juillet 2025

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

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

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

Programme de soins

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

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et d'autres personnes collaborent efficacement pour favoriser la mise en œuvre intégrée et cohérente du programme de soins d'une personne résidente en fonction de ses besoins comportementaux et personnels précis.

À deux reprises, un article préoccupant précis a été découvert parmi les effets personnels d'une personne résidente. Un membre du personnel autorisé a confirmé que la collaboration avec le médecin traitant concernant l'utilisation de l'article en question par la personne résidente n'avait été établie ou mise en œuvre qu'à une date ultérieure. La directrice des soins a reconnu que les marches à suivre établies du foyer n'avaient pas été respectées.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique et marches à suivre du foyer concernant la consommation d'alcool par les personnes résidentes, et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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 6 (7) 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

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de soins d'une personne résidente concernant une intervention précise de prévention des chutes. La directrice des soins a affirmé qu'un membre du personnel autorisé présent au moment d'une chute avait signalé que l'intervention précise recommandée n'avait pas été utilisée pour la personne résidente.

Sources : Notes cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 19 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire des risques pour la sécurité, en particulier en ce qui concerne les absences du foyer. À une date donnée, la personne résidente s'est comportée comme si elle cherchait la sortie et a quitté les lieux sans suivre la marche à suivre de sortie établie. Les documents ont montré que, avant la date indiquée, le programme de soins de la personne résidente 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

comprenait aucune évaluation ou intervention liée au risque d'absence non autorisée. Le médecin traitant a confirmé qu'il n'avait pas été informé de l'apparition d'indicateurs qui auraient justifié une réévaluation des risques pour la sécurité de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique et marches à suivre du foyer concernant les congés, et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'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 soient élaborées et mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs précis d'une personne résidente. À la suite du retrait, à une date donnée, d'une intervention précise pour une personne résidente et de la mise en œuvre d'autres mesures de surveillance de la sécurité pour une durée limitée par un responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), aucune autre stratégie de suivi n'a été élaborée ou mise en œuvre.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

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 : Rapports : incidents graves

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

Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

7. Un incident d'hypoglycémie sévère ou d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement qui nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (3); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 24.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur au plus tard un jour ouvrable après un incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un médicament qui avait nécessité qu'une personne résidente soit transportée à l'hôpital à une date donnée. La directrice des soins a reconnu qu'un incident critique (IC) avait été signalé tardivement et qu'il avait été présenté au-delà du jour ouvrable suivant l'incident.

Sources : IC, résumé et compte rendu de l'IC, et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 007 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 1 viii du paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
 - viii. les disparitions de résidents,

Le titulaire de permis n'a pas respecté son plan de mesures d'urgence en cas de disparition d'une personne résidente. À une date donnée, une personne résidente n'est pas rentrée au foyer à l'heure prévue qu'elle avait indiquée. Un membre du personnel autorisé n'a pas tenté de retrouver la personne résidente portée disparue, n'en a pas avisé le personnel et n'a pas entamé de recherche comme le prévoyait le plan de mesures d'urgence du foyer.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique et marches à suivre du foyer en matière de disparitions de personnes résidentes (code jaune) (*Code Yellow – Missing Resident – General*), notes d'enquête du foyer, et entretiens avec le personnel.