

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

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 1 ^{er} octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1233-0001	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Rykka Care Centres LP	
Foyer de soins de longue durée et ville : Dundurn Place Care Centre, Hamilton	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 13 et du 16 au 18 septembre 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00111329 – IC-2739-000004-24 – COVID-19 – Écllosion déclarée le 13 mars 2024 et terminée le 25 mars 2024.
- Plainte : n° 00118136 – ICI-2739-000007-24 – relativement à l'administration de traitements inadéquats ou incompétents à une personne résidente.
- Plainte : n° 00118578 – IC-2739-000008-24 – relativement à de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre.

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

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

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)
Prévention et gestion des chutes (Falls
Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 25 (1) de la LRSLD (2021).

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24 titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect de sa politique visant la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Justification et résumé

Un jour déterminé de juin 2024, un ou une membre du personnel a été témoin d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. Il ou elle a observé une personne résidente en toucher une autre de manière inappropriée. Le ou la membre du personnel a avisé le ou la membre du

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

personnel responsable. Le ou la membre du personnel responsable a parlé avec la personne résidente qui avait été touchée de manière inappropriée par l'autre personne résidente. La personne résidente ne voulait pas que la police soit appelée. La DSI (directrice des soins infirmiers) a été avisée immédiatement de l'incident.

À une date déterminée en septembre 2024, au cours d'un entretien, on a demandé à la DSI si la police avait été informée. Elle a indiqué que la personne résidente qui avait été touchée de manière inappropriée prend ses propres décisions. La police n'a pas été informée, la personne résidente avait pris cette décision pour elle-même. La DSI a déclaré que le personnel a offert plusieurs fois de téléphoner à la police pour cette personne résidente. Un jour déterminé de septembre 2024, la DSI a indiqué qu'un appel à la police contrairement au désir de la personne résidente aurait lésé les droits de celle-ci. Elle ne considérait pas que l'incident constituait un acte criminel en raison de l'historique médical de la personne résidente qui l'avait touchée de manière inappropriée.

À une date déterminée en septembre 2024, la DSI a admis que la policy for Abuse and Neglect [politique sur les mauvais traitements et la négligence] du foyer indique que la directrice générale avisera immédiatement la police de tout incident allégué, soupçonné ou constaté de mauvais traitement ou de négligence à l'égard d'une personne résidente afin que la police détermine si le mauvais traitement constitue un acte criminel.

Ne pas veiller à ce que la policy for Abuse and Neglect [politique sur les mauvais traitements et la négligence] du foyer soit respectée par le fait de ne pas informer la police de l'incident de mauvais traitement n'a pas permis à une personne résidente d'exercer son droit de porter plainte.

Sources : La policy for Abuse and Neglect [politique sur les mauvais traitements et la négligence] du foyer, entretiens avec le personnel et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de positionnement

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

LRSLD (2021). Non-respect de : la disposition 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de positionnement

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a manqué de s'assurer que le personnel utilise des techniques de positionnement sécuritaires quand il vient en aide aux personnes résidentes.

Justification et résumé

Une évaluation effectuée par un ou une membre du personnel un jour déterminé en janvier 2024 a relevé qu'une personne résidente avait besoin d'une assistance complète concernant la mobilité au lit. La personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes. Un jour déterminé en juin 2024, la personne résidente a été transférée vers son lit par deux membres du personnel à l'aide d'un lève-personne. Un ou une membre du personnel qui participait au transfert de la personne résidente a laissé l'autre membre du personnel seul(e) pour aider la personne résidente avec la mobilité au lit et une personne. La personne résidente est tombée de son lit pendant qu'elle était aidée d'une personne. La personne résidente a été blessée, puis transférée à l'hôpital.

Un jour déterminé de septembre 2024, la DSI a indiqué dans son enquête que les deux membres du personnel impliqués savaient que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes pour la mobilité au lit. Ce fait était noté dans le programme de soins de la personne résidente.

Ne pas veiller à ce que le personnel utilise des techniques de positionnement sécuritaire lors de l'assistance de la personne résidente a causé un préjudice réel et mis la personne résidente à risque accru de blessure.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec le personnel et la DSI.

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

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021). Non-respect de : la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

(b) b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'application de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023.

A) La Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indiquait à la section 9.1 de respecter les précautions supplémentaires dans le programme de PCI, lesquelles comportaient b) l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher la personne résidente ou son environnement, avant une intervention aseptique, après un risque de contact avec un liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé

Pendant des observations à une date déterminée en septembre 2024, un ou une membre du personnel a été observé(e) sortant de la chambre d'une personne résidente. La personne résidente était soumise à des précautions supplémentaires, puisqu'il y avait une affiche sur sa porte. Le ou la membre du personnel est sorti(e) de la chambre en portant des gants et s'est rendu(e) dans la chambre d'une autre personne résidente à l'autre bout du couloir en portant les gants souillés et tenant un caleçon mouillé.

Au cours d'un entretien avec le ou la membre du personnel, il ou elle confirmé être sorti(e) de la chambre de la personne résidente en portant des gants et être entré(e) dans la chambre d'une autre personne résidente avec les gants souillés. Le ou la membre du personnel n'a pas pratiqué

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

l'hygiène des mains après avoir prodigué des soins à la première personne résidente et avoir été en contact avec son environnement. Il ou elle n'a pas pratiqué l'hygiène des mains avant d'entrer dans la l'environnement et la chambre de l'autre personne résidente.

À une date déterminée en septembre 2024, au cours d'un entretien, la responsable de la PCI (prévention et contrôle des infections) a confirmé que le ou la membre du personnel n'avait pas respecté les quatre moments de l'hygiène des mains, conformément au programme d'hygiène des mains.

Ne pas respecter les quatre moments de l'hygiène des mains a mis les personnes résidentes et le personnel à risque d'infection.

Sources : Observations d'un ou une membre du personnel, policy on Hand hygiene and glove use [politique sur l'hygiène des mains et l'usage des gants] du foyer, entretien avec le ou la membre du personnel et le responsable de la PCI.

B) La Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée indique à la section 9.1 que les précautions supplémentaires doivent être respectées dans le programme de PCI, ce qui comporte d) l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Justification et résumé

Au cours d'observations un jour déterminé de septembre 2024, un ou une membre du personnel a été observé(e) sortant de la chambre d'une personne résidente. Le ou la membre du personnel a été observé(e) portant des gants et tenant un caleçon mouillé. Une affiche de précautions supplémentaires se trouvait sur la porte de la personne résidente indiquant au personnel quel était l'équipement de protection individuelle requis. Le ou la membre du personnel est sorti(e) de la chambre de la personne résidente et est entré(e) dans la chambre d'une autre personne résidente, qui était également soumise à des précautions supplémentaires. Le ou la membre du personnel a confirmé au cours d'un entretien ne pas avoir éliminé l'EPI et le caleçon souillé comme requis. Le ou la membre du personnel a confirmé ne pas avoir porté l'EPI requis pour prodiguer des soins à la première 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 West, 11^e étage,
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Un jour déterminé de septembre 2024, la responsable de la PCI a confirmé que le ou la membre du personnel n'avait pas porté l'EPI approprié. Il ou elle n'a pas jeté son EPI souillé comme requis; il ou elle n'a pas respecté les précautions identifiées.

Ne pas veiller à ce que les précautions soient respectées représentait un risque de propagation de l'infection au personnel et aux autres personnes résidentes.

Sources : Observations et entretiens avec un ou une membre du personnel. Entretiens avec la responsable de la PCI.