

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : (888) 432-7901

## Rapport public original

**Date d'émission du rapport :** Le 16 avril 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1264-0001

**Type d'inspection :**

Plainte – Incident critique

**Titulaire de permis :** Revera Long Term Care Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Trillium Court, Kincardine

**Inspectrice principale / Inspecteur principal :**

Amanpreet Kaur Malhi (741128)

**Signature numérique de l'inspectrice / Signature**

**numérique de l'inspecteur :**

Amanpreet K Malhi

Signé numériquement par Amanpreet K Malhi

Date : 2024-04-23 11:02:00 -04'00'

**Autres inspectrices / inspecteurs**

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 15, du 20 au 22, et du 25 au 27 mars 2024.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : le 18 mars 2024.

L'inspection concernait :

- Admission : n° 00103018, incident critique n° 2773-000026-23, lié aux mauvais traitements ou à la négligence des soins d'un résident
- Admission : n° 00109214, incident critique n° 2773-000016-24, lié à une éclosion de maladies entériques
- Admission : n° 00108059, plainte relative aux soins prodigués à un résident et à la qualité de la nourriture

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : (888) 432-7901

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

Services de soins et d'assistance aux résidents

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention et contrôle des infections

Prévention des abus et négligences

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité corrigée

Une **non-conformité** constatée lors de l'inspection a été **corrigée** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité corrigée répondait à l'intention du paragraphe 154 (2), et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu de la disposition 154 (2) 2 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : la disposition 268 (4) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

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

3. La mise en réserve et la disponibilité au foyer des ressources, des fournitures, de l'équipement de protection individuelle et du matériel nécessaires pour faire face à une situation d'urgence, notamment les produits destinés à l'hygiène des mains et les produits de nettoyage, ainsi qu'un processus pour veiller à ce que les ressources, les fournitures, l'équipement de protection individuelle et l'équipement nécessaires ne soient pas périmés.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : (888) 432-7901

**Problème de conformité no 001 corrigé en vertu de la disposition 154  
(2) 2 de la LRSLD (2021)**

Disposition 268 (4) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les produits destinés à l'hygiène des mains disponibles ne soient pas périmés.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, il a été constaté que les produits destinés à l'hygiène des mains disponibles dans le foyer étaient périmés.

Dès qu'il en a été informé, le personnel en poste a immédiatement retiré les produits et les bouteilles de désinfectant pour les mains dont la date de péremption était dépassée. D'autres produits et bouteilles de désinfectant pour les mains non périmés ont été mis à disposition.

**Sources :** Observations et entretien avec le gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections [741128]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** Le 13 mars 2023

**AVIS ÉCRIT : Participation du résident, etc.**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : par. 6 (5) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas donné au mandataire spécial d'un résident la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident : il ne l'a pas informé de l'état de guérison de l'altération de l'intégrité de la peau du résident.

**Justification et résumé**

Le mandataire spécial d'un résident n'a pas été informé de l'état de guérison de l'altération de l'intégrité de la peau du résident en question. Aucun document n'indique que le médecin, la famille ou le résident ont été informés de la guérison ou de la disparition de l'altération de l'intégrité de la peau.

L'IAA n° 108 a déclaré que le personnel était tenu d'informer la famille et de documenter la guérison ou la disparition de l'altération de l'intégrité de la peau.

**Sources :** Dossier clinique du résident et entretien avec le personnel du foyer [741128].

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

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

**Non-respect du : par. 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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 à ce que les cheveux d'un résident soient lavés comme prévu ou précisé dans son programme de soins.

**Justification et résumé**

Un résident n'a pas reçu d'aide pour se laver les cheveux les jours précisés dans son 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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Le directeur général (DG) a confirmé que le résident ne se faisait pas laver les cheveux comme prévu dans son programme de soins, et qu'aucun document ne précisait les raisons de cette situation.

Le fait que les cheveux du résident ne soient pas lavés, comme le prévoit son programme de soins, augmente le risque de problèmes de peau et d'hygiène.

**Sources :** Rapport d'incident critique, dossier clinique du résident et entretien avec le DG n° 100 [741128]

## **AVIS ÉCRIT : Bain**

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

### **Non-respect du : par. 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

### **Justification et résumé**

Un résident n'a pas été lavé au moins deux fois par semaine, comme prévu ou précisé dans son 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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Pour la période spécifiée, il a été noté qu'aucun document ne prouvait que le résident avait pris un bain, au minimum, deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix.

Le DG a confirmé qu'aucun document ne justifiait ou n'indiquait la raison pour laquelle le résident n'avait pas pris les bains prévus pour la période spécifiée.

Lorsque le résident ne prenait pas son bain en utilisant la méthode de son choix au moins deux fois par semaine, le foyer ne proposait pas d'autres options, ce qui exposait le résident à des risques de problèmes de peau et d'hygiène.

**Sources :** Dossier clinique du résident et entretien avec le DG n° 100 [741128].

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

### **Non-respect du : sous-alinéa 77 (2) c) i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

(c) soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et qui tient impérativement compte de ce qui suit :

(i) le paragraphe (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations soient évalués par le diététiste agréé, et ce, avant l'approbation du cycle de menus d'hiver sur le plan de sa suffisance nutritionnelle et avant sa mise à disposition.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

**Justification et résumé**

Les documents relatifs au dernier examen et à la dernière évaluation des menus indiquent que le menu des collations n'avait pas été fourni pour examen, et que des options thérapeutiques à texture modifiée dans les régimes à base d'aliments hachés et en purée n'ont pas été offertes pour divers aliments. En outre, comme le menu des collations n'était pas disponible pour l'analyse des nutriments, les apports nutritionnels de référence (ANREF) étaient plus élevés.

Le diététiste agréé n° 105 a confirmé que le menu des collations n'avait pas été examiné lors de la dernière évaluation du cycle des menus. Il a également déclaré qu'en l'absence d'options thérapeutiques dans les régimes et collations à base d'aliments hachés et en purée pour divers aliments, le personnel diététique risquait davantage de préparer et de servir des repas dont la texture était incorrecte pour les résidents.

**Sources :** Examen et évaluation des menus et entretien avec le diététiste agréé n° 105 [741128]

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

**Non-respect du : par. 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier chaque évaluation du menu d'été visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : (888) 432-7901

**Justification et résumé**

Le DG n° 100 a déclaré que le menu d'été aurait été examiné et évalué avant sa mise à disposition, mais n'a pas été en mesure de fournir de documents à l'appui.

En l'absence d'un dossier écrit consignait l'approbation du cycle des menus du foyer, le personnel n'est pas en mesure d'évaluer les modifications apportées au menu de base ni sa suffisance nutritionnelle.

**Sources :** Courriel du DG daté du 2 avril 2024, absence d'un dossier d'évaluation pour le menu d'été, et entretiens avec le personnel du foyer [741128]

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier écrit de l'évaluation du cycle des menus d'hiver comprenne un résumé des modifications apportées et la date de leur mise en œuvre.

**Justification et résumé**

Le dossier écrit de la dernière évaluation du cycle des menus du foyer de soins de longue durée ne comprenait pas de résumé des modifications apportées ni la date de leur mise en œuvre.

Le personnel a indiqué qu'il avait fait part de ces problèmes, mais n'avait reçu aucun suivi.

L'absence d'un résumé des modifications apportées et de la date de leur mise en œuvre dans le dossier d'évaluation du cycle des menus rend difficile l'évaluation de la satisfaction des résidents à l'égard du menu prévu.

**Sources :** Évaluation du cycle de menus d'automne et d'hiver, et entretiens avec le personnel du foyer [741128]

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : (888) 432-7901

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

**Non-respect du : paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, il a été noté que les croustilles et les carrés de céréales de riz (Risce Krispies) n'étaient pas proposés aux résidents comme indiqué sur le menu du dîner prévu et affiché pour la journée.

L'examen des fiches de préparation des ingrédients pour une période donnée a montré que les aliments ou les produits servis aux résidents ne correspondaient pas aux menus prévus pour l'été et l'hiver.

Selon le dossier des communications par courriel avec le gestionnaire de la nutrition n° 104 concernant les questions liées à la cuisine et à l'alimentation, les plats prévus au menu n'étaient souvent pas proposés lors des repas et des collations.

Le cuisinier n° 106 a déclaré que les résidents lui faisaient part de leurs préoccupations concernant l'absence de ce qui était au menu.

L'aide en diététique n° 107 a indiqué que les résidents ne se voyaient pas toujours servir les plats indiqués sur le menu affiché; il manquait de certains produits, qui étaient substitués.

Lorsqu'une telle situation se produit, les résidents peuvent être déçus ou insatisfaits de leurs repas.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

**Sources :** Observations, fiches de préparation des ingrédients pour une période donnée, dossier des communications par courriel concernant les questions liées à la cuisine et à l'alimentation, et entretiens avec le personnel du foyer [741128].

## **AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 78 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :  
(g) la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de préparation alimentaire prévoie, au minimum, la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation.

### **Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que cette politique soit respectée.

Conformément à la procédure de la politique du foyer, intitulée Meal Production Guidelines (lignes directrices pour la préparation des menus), INDEX CARE17-020.01, les substitutions de menu doivent être similaires au menu prévu, semblables sur le plan de la valeur nutritionnelle, et inscrites sur la feuille de préparation du menu du jour avec la raison du changement. La procédure exigeait également que les substitutions de menu, les menus hebdomadaires et les fiches de préparation soient conservés pendant au moins un an.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Le foyer n'a pas tenu de dossier sur les substitutions de menu.

Le gestionnaire de la nutrition et le DG ont confirmé que le foyer ne tenait pas de dossier sur les substitutions de menu.

L'absence d'un tel dossier présente un risque accru d'incohérences alimentaires et d'insuffisances nutritionnelles potentielles.

**Sources :** Aucun dossier sur les substitutions de menu; politique du foyer intitulé Menu Production Guidelines (lignes directrices pour la préparation des menus), INDEX CARE17-O20.01, date de révision : 31 mars 2023; et entretiens avec le personnel du foyer [741128]

## **AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

(b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient servis au moyen de méthodes qui empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

### **Justification et résumé**

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu une plainte concernant les pratiques de manipulation des aliments.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Lors d'une observation, il a été noté que le personnel servant de la crème glacée en collation laissait le contenant à découvert lorsqu'il s'éloignait pour s'enquérir du choix des résidents ou pour leur servir la collation de leur choix.

Le gestionnaire de la nutrition a déclaré que le personnel était censé couvrir les produits alimentaires lorsqu'il s'éloignait du chariot de collations.

Le fait de laisser le produit alimentaire (c.-à-d. la crème glacée) à découvert présente un risque de contamination, ce qui augmente la probabilité de maladies d'origine alimentaire.

**Sources :** Observation et entretien avec le gestionnaire de la nutrition n° 104 [741128]

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

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

### **Non-respect du : paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- (a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- (b) la date de réception de la plainte;
- (c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- (d) le règlement définitif, le cas échéant;
- (e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- (f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

**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 du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : (888) 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté concernant la négligence présumée d'un résident, où figurent les renseignements suivants : la nature de la plainte verbale; la date de réception de la plainte; le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire; le règlement définitif, le cas échéant; chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; ainsi que toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été signalé au ministère des Soins de longue durée concernant la négligence d'un résident du foyer.

Le foyer a mené une enquête interne et pris des mesures pour répondre aux préoccupations exprimées. Le foyer ne disposait d'aucun dossier documenté où figurent les renseignements suivants : la nature de la plainte verbale; la date de réception de la plainte; le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire; le règlement définitif, le cas échéant; chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; ainsi que toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le DG n° 100 a déclaré qu'en raison du manque de documentation, il n'était pas en mesure d'établir si une enquête interne ou un suivi avait été effectué pour la plainte verbale.

Par conséquent, le foyer n'a pas été en mesure de confirmer si la plainte avait été traitée et si un suivi avait été effectué auprès de l'auteur de la plainte.

**Sources :** Incident critique, communication par courriel avec le DG n° 100, absence de dossier d'enquête et de registre des plaintes à l'interne, et entretien avec le DG n° 100 [741128]