

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 initial

Date d'émission du rapport : 9 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1392-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses associés commandités, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Glen Oaks, Oakville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 27 au 30 août ainsi que du 3 au 6 et du 9 au 11 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00113439 – Incident critique (IC) n° 2908-000015-24 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00114809 – IC n° 2908-000019-24 – Prévention et gestion des chutes.
- Demande n° 00115207 – IC n° 2908-000021-24 – Écllosion de maladie infectieuse.
- Demande n° 00117282 – IC n° 2908-000024-24 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00120002 – IC n° 2908-000033-24 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00120348 – IC n° 2908-000034-24 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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

- Demande n° 00120569 – IC n° 2908-000035-24 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00121621 – Plainte portant sur la négligence envers une personne résidente, les évaluations d'une personne résidente et la prévention et la gestion des chutes.

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne subisse pas de mauvais traitements.

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

Selon le Règlement de l'Ontario 246/22, « mauvais traitements d'ordre affectif » s'entend de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

Justification et résumé

À une date précise de juillet 2024, une personne résidente a appelé à l'aide pendant les heures mentionnées; le personnel n'a pas répondu.

Un membre du personnel est intervenu plus tard, a éteint la sonnette d'appel, l'a retirée du mur et l'a jetée par terre. Cette personne a indiqué à un collègue de ne pas replacer la sonnette d'appel. Pendant ce temps, la personne résidente a demandé de l'aide.

La personne résidente a été exposée à un risque de mauvais traitements d'ordre affectif par le fait qu'elle a été ignorée et mise à l'écart et par le comportement du personnel qui a retiré la sonnette d'appel; cela porte atteinte au droit de la personne résidente à ne pas subir de mauvais traitements.

Sources : Notes d'enquête; entretien avec un directeur des soins; programme de soins de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 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)

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 (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 soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à cette dernière, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

À une date précise de juin 2024, une personne résidente a fait une chute qui a entraîné des blessures. L'enquête menée par le foyer a révélé qu'un seul membre du personnel avait prodigué des soins, alors qu'il aurait dû être accompagné d'un collègue. Un directeur des soins a confirmé que le membre du personnel aurait dû attendre son collègue avant de s'occuper de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins soient prodigués à une personne résidente comme précisé dans son programme de soins a donné lieu à un préjudice réel.

Sources : Rapport d'incident critique (IC) n° 2908-000033-24; programme de soins de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec un directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 6 (9) 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 (9) 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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats découlant des soins énoncés dans le programme de soins d'une résidente soient consignés.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel n'a pas respecté les lignes directrices générales du foyer concernant la documentation (*Documentation General Guidelines*), lesquelles indiquent que le dossier clinique de la personne résidente doit rendre compte de tout fait accompli avec ou pour elle, de son admission à sa sortie. Il a également ignoré la politique du foyer sur les allégations de mauvais traitements et le suivi à effectuer (*Abuse Allegation and Follow-up*), qui précise que les évaluations et examens physiques doivent être consignés et accompagnés de descriptions et de détails clairs. Toutes les entrées auraient dû être signées et datées, comprendre l'heure de la documentation ou indiquer que la personne résidente avait été transportée dans un établissement de soins de santé pour y être évaluée.

Justification et résumé

À une date précise de juillet 2024, un membre du personnel autorisé s'est adressé à un membre du personnel concerné en vue de recevoir un rapport de fin de quart de travail concernant une personne résidente.

Plus tard, un autre membre du personnel est entré dans la chambre de la personne résidente, a éteint la sonnette d'appel, l'a retirée du mur et l'a jetée par terre. Le personnel a refusé de prodiguer des soins à la personne résidente même si elle avait demandé de l'aide. Les membres du personnel autorisé n'ont pas documenté cet événement ou l'état de santé général de la personne résidente après l'incident,

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

car ils n'ont pas reçu de rapport de la part du personnel concerné pendant le reste du quart de travail.

Le comportement des membres du personnel autorisé a constitué une violation directe de la politique du foyer en matière de documentation et de suivi des allégations de mauvais traitements.

L'absence de suivi auprès du personnel concerné à la fin du quart de travail a fait en sorte d'empêcher la constatation immédiate de l'incident de mauvais traitements infligés par le personnel à la personne résidente, ce qui a retardé le processus d'enquête et entravé la capacité du personnel à fournir l'évaluation ou le traitement approprié à la personne résidente, l'exposant ainsi à un risque de préjudice.

Sources : Rapport d'IC n° 2908-000035-24; notes d'enquête du foyer de soins de longue durée; formulaire de sanction disciplinaire à l'endroit du personnel; entretien avec un directeur des soins; dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer sur la documentation [*Documentation General Guidelines*]; politique du foyer sur les allégations de mauvais traitements et le suivi à effectuer [*Abuse Allegation and Follow-up*].

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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 1 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé qu'un traitement ou des soins avaient été administrés de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente et que celle-ci avait par conséquent subi un préjudice.

Justification et résumé

À une date précise de juin 2024, un incident lié à des soins inappropriés s'est produit. À la suite de cela, la personne résidente a constaté une altération de son état de santé. Un membre du personnel autorisé a été mis au courant que des soins inadéquats avaient été prodigués, le jour même où l'incident s'est produit. Le personnel autorisé n'a pas signalé l'incident à la direction du foyer ni au directeur du ministère des Soins de longue durée. Le foyer a lancé une enquête et appelé la ligne de Service Ontario après les heures de bureau six jours après l'incident, avant de présenter un rapport d'enquête cinq jours plus tard.

Un directeur des soins a reconnu que le personnel autorisé aurait dû signaler l'incident le jour même où il s'est produit.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'un incident lié à des soins inappropriés soit immédiatement signalé au directeur a exposé les personnes résidentes au risque de recevoir d'autres soins inappropriés.

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

Sources : Rapport d'IC n° 2908-000033-24; notes d'enquête du foyer; programme de soins d'une personne résidente; entretien avec un directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel aisément visible, accessible et utilisable par une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente donnée présentait un risque élevé de chute. Le programme de soins prévoyait des interventions visant à réduire le risque de chute, dont le fait de voir à ce que la sonnette d'appel soit toujours à portée de main et que le personnel s'assure que celle-ci est fixée au mur et qu'elle fonctionne bien.

À une date précise de juillet 2024, un membre du personnel a retiré la sonnette d'appel d'une personne résidente du système de communication et de réponse.

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

Plus tard, un autre membre du personnel est entré dans la chambre de la personne résidente et lui a prodigué des soins. Il n'a pas vérifié si la sonnette d'appel était accessible et branchée pendant son quart de travail.

Un directeur des soins a confirmé que la personne résidente n'avait pas accès à sa sonnette d'appel pendant une période donnée.

Un membre du personnel autorisé est entré dans la chambre de la personne résidente dans la soirée ce jour-là et a remarqué que la sonnette d'appel avait été débranchée, retirée du mur et qu'elle se trouvait sur le sol.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la sonnette d'appel soit aisément visible et accessible a exposé la personne résidente au risque de ne pas pouvoir l'utiliser pour demander de l'aide et au risque de faire une chute, puisqu'elle n'était pas en mesure d'appeler à l'aide en cas de besoin.

Sources : Notes d'enquête; entretien avec le personnel; rapport d'IC n° 2908-000035-24; programme de soins d'une personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans
les 24 heures d'une admission**

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

Non-respect : du paragraphe 27 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission
Paragraphe 27 (10) Lorsque le programme de soins provisoire fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que la révision tienne compte de méthodes différentes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 27 (10).

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit révisé lorsque les soins prévus se sont révélés inefficaces et à ce que des méthodes différentes soient prises en compte lors de cette révision.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait plusieurs chutes entre février 2024 et juillet 2024.

Le formulaire d'évaluation et d'analyse postérieures à la chute, rempli à une date précise de juin 2024, précisait que l'état de santé de la personne résidente s'était détérioré. L'examen du programme de soins de la personne résidente a révélé qu'aucune intervention n'avait été effectuée après la chute et qu'on n'avait pas aiguillé la personne vers le physiothérapeute, ce qui avait pourtant été indiqué par un directeur des soins et un membre du personnel autorisé.

Le fait de ne pas mettre à jour le programme de soins en y intégrant différentes méthodes et de ne pas aiguiller la personne résidente vers le physiothérapeute a exposé celle-ci à un risque continu de chutes et de blessures.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, rapport d'IC n° 2908-000019-24; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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 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,

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé procède à l'évaluation de la peau de deux personnes résidentes, au moyen d'un outil approprié sur le plan clinique, conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

A) À une date précise de juin 2024, une personne résidente a fait une chute. Elle a été évaluée et on a constaté alors qu'elle était blessée. Trois jours plus tard, un physiothérapeute a été invité à évaluer la personne résidente et celui-ci a constaté un nouveau changement de son état. Un membre du personnel infirmier était également présent lors de l'évaluation.

Le physiothérapeute a confirmé qu'il avait documenté le changement d'état. La personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation à ce sujet. Un directeur des soins a reconnu que le personnel infirmier aurait dû procéder à une évaluation de la peau et qu'il ne l'avait pas fait.

Le fait de ne pas avoir procédé à l'évaluation de la peau d'une personne résidente a exposé celle-ci à un risque que d'autres blessures ou changements ne soient pas constatés.

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

Sources : Entretiens avec un physiothérapeute et un directeur des soins; notes d'évolution de la personne résidente et évaluations de la peau.

Justification et résumé

B) À une date précise de mai 2024, on a documenté le fait qu'une personne résidente souffrait d'une blessure qui s'était produite antérieurement. À une date ultérieure de mai 2024, les notes d'entrevue de l'enquête interne ont révélé que deux membres du personnel l'avaient signalé au personnel autorisé. Lors d'un entretien mené par le foyer, le personnel autorisé a confirmé que la blessure avait été traitée, mais que les évaluations n'avaient pas été réalisées. La blessure n'a pas figuré dans le programme de soins jusqu'à une date ultérieure de mai 2024, alors que la personne résidente s'est plainte de l'incident.

Lors d'un entretien, les directeurs des soins ont confirmé que l'évaluation de la peau et de la plaie n'avait pas été réalisée au moment où la blessure s'est produite.

L'absence d'évaluation de la peau et des plaies d'une personne résidente a exposé celle-ci à un risque accru de compromettre davantage l'intégrité de sa peau.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

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 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu à cette fin.

Justification et résumé

À une date précise de mai 2024, on a documenté une blessure subie par une personne résidente à une date antérieure de mai 2024. Les notes d'entrevue de l'enquête interne ont par la suite révélé que deux membres du personnel l'avaient signalé au personnel autorisé. Lors d'un entretien mené par le foyer, le personnel autorisé a confirmé que la blessure avait été traitée, mais que les évaluations n'avaient pas été réalisées. La blessure n'a également figuré dans le programme de soins qu'à une date ultérieure, en mai 2024.

Lors d'un entretien, les directeurs des soins ont confirmé que l'évaluation de la douleur de la personne résidente n'avait pas été effectuée à la date où la blessure s'est produite, conformément à la politique du foyer en matière de prise en charge de la douleur.

Le fait de ne pas procéder à l'évaluation de la douleur d'une personne résidente l'a exposée à un risque d'aggravation de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; entretien avec le personnel, politique.

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 : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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).

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

A) La section 5.6 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique que le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des marches à suivre soient en vigueur pour déterminer la fréquence de nettoyage et de désinfection des surfaces au moyen d'une approche de stratification des risques, et il s'assure que les surfaces sont nettoyées à la fréquence voulue.

Justification et résumé

À une date précise du mois d'août 2024, lorsqu'un membre du personnel a été interrogé sur le nettoyage des surfaces fréquemment touchées dans un secteur donné, il ne savait pas quelle solution de nettoyage utiliser pour effectuer cette tâche. Le lendemain, un autre membre du personnel savait quelle solution devait être utilisée pour nettoyer les surfaces fréquemment touchées, mais a déclaré qu'il n'était pas responsable du nettoyage des mains courantes dans le couloir du secteur donné. Le responsable de la PCI et le directeur adjoint des soins ont affirmé

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

que le personnel du secteur était chargé de nettoyer les mains courantes et confirmé la solution de nettoyage à utiliser.

La politique du foyer en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation (*Cleaning, Disinfection and Sterilization*) comporte une liste de vérification pour les surfaces fréquemment touchées (*High Touch Cleaning Surfaces*) que le personnel utilise pour s'assurer que celles-ci sont nettoyées quotidiennement. Cette liste de vérification a été examinée pendant la période des observations et deux dates n'y figuraient pas.

Le fait de ne pas veiller à ce que les surfaces soient nettoyées à la fréquence voulue expose les personnes résidentes à un risque de propagation d'infections potentielles.

Sources : Entretiens avec le personnel, le responsable de la PCI et le directeur adjoint des soins; politique du foyer en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation (*Cleaning, Disinfection and Sterilization*).

Le point 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique que des pratiques de base et des précautions supplémentaires doivent être prises dans le cadre du programme de PCI, notamment l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Justification et résumé

Lors des observations effectuées à une date précise du mois d'août 2024, la porte d'une personne résidente comportait une affiche relative aux précautions contre la transmission par contact. Les précautions contre la transmission par contact exigent que le personnel porte une blouse, des gants et un masque lorsqu'il prodigue des

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

soins directs. Un employé a été observé portant des gants et transportant un objet vers la chambre de la personne résidente. Il a continué à porter les mêmes gants et enfilé deux masques (double masque), puis une blouse.

Le responsable de la PCI et le directeur adjoint des soins ont confirmé que le membre du personnel n'avait pas enfilé son EPI de manière appropriée et qu'il aurait dû mettre ses gants en dernier. La politique du foyer en matière d'EPI indique sous les masques de protection : Ne pas porter de double masque.

Le fait de ne pas porter l'EPI de manière appropriée a entraîné un risque de transmission de l'infection à d'autres personnes résidentes.

Sources : Observations; entretiens avec le responsable de la PCI et le directeur adjoint des soins; politique en matière d'équipement de protection individuelle (*Personal Protective Equipment*).

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Le titulaire de permis n'a pas respecté le système de gestion des médicaments pour une 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit avoir, établir ou par ailleurs mettre en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système fondés sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques courantes, et s'assurer qu'ils sont respectés.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté les politiques portant sur les ordonnances de médicaments et les nouvelles ordonnances de médicaments incluses dans le système du titulaire de permis en matière de gestion des médicaments.

Justification et résumé

À une date précise du mois d'avril 2024, le médecin traitant d'une personne résidente a rédigé une nouvelle ordonnance. Deux membres du personnel ont signé l'ordonnance pour confirmer qu'ils l'avaient vérifiée, mais aucune autre zone n'a été remplie, en particulier celle qui doit contenir le consentement. La politique du fournisseur de produits pharmaceutiques du foyer indique que le personnel doit signer la première vérification, une fois que les éléments y figurant ont été effectués. La politique du foyer en matière d'ordonnances de médicaments stipule qu'il faut s'assurer que tous les espaces appropriés du formulaire d'ordonnance ont été paraphés, ce qui indique que toutes les actions requises ont été accomplies. Cela n'a pas été fait pour l'ordonnance rédigée en ce jour d'avril 2024.

Un membre du personnel a déclaré qu'il n'était pas habituel de documenter l'obtention du consentement. Un directeur des soins a confirmé que le consentement devait figurer dans les notes d'évolution ou sur le formulaire d'ordonnance.

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

Le fait de ne pas avoir veillé à mettre en œuvre les politiques de gestion des médicaments du foyer a exposé une personne résidente à un risque de malentendu quant au fait que l'ordonnance a été consentie ou non.

Sources : Ordonnances d'une personne résidente; notes d'évolution; politiques du foyer en matière d'ordonnances de médicaments et de nouveaux médicaments; entretiens avec le personnel autorisé et un directeur des soins.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a) :

Le titulaire de permis doit :

- Donner une nouvelle formation à tous les membres du personnel précisés d'un secteur donné sur les politiques suivantes : prévention des mauvais traitements et de la négligence, charte des droits des personnes résidentes.
- Conserver les documents relatifs à la formation, y compris : le matériel utilisé pour la formation, la manière dont celle-ci a été offerte, les signatures 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

personnel indiquant qu'il a terminé la formation et la ou les dates auxquelles celle-ci a été achevée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre la négligence de sa part et les mauvais traitements de la part de qui que ce soit.

Selon l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

L'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Justification et résumé

A) Le programme de soins précise que la personne résidente doit recevoir des soins à deux reprises pendant la nuit. Le personnel devait fournir l'assistance d'une personne et s'assurer que les soins étaient prodigués.

À une date précise de juillet 2024, une personne résidente a demandé de l'aide pendant une durée déterminée; le personnel n'a pas répondu.

Plus tard, un membre du personnel est entré dans la chambre de la personne résidente et l'a trouvée avec ses vêtements posés sur le sol. Le membre du personnel précisé a informé son collègue que les soins n'avaient pas été prodigués pendant un certain temps.

On a constaté que la sonnette d'appel avait été hors d'usage pendant environ deux heures en cette date précise de juillet 2024.

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

Le fait de ne pas répondre à la sonnette d'appel, de ne pas prodiguer de soins à la personne résidente qui en a fait la demande et d'avoir retiré la sonnette d'appel du système de communication, l'empêchant ainsi d'appeler si elle a besoin d'aide pour assurer sa santé, sa sécurité et son bien-être, démontre qu'il y a eu négligence.

Sources : Notes d'enquête; entretien avec un directeur des soins; programme de soins de la personne résidente.

Justification et résumé

B) À une date précise de mai 2024, on a documenté une blessure subie par une personne résidente à une date antérieure de mai 2024.

Les notes d'un entretien mené par le foyer dans le cadre de l'enquête interne indiquent que deux membres du personnel ont admis que l'incident s'était produit pendant qu'ils s'occupaient de la personne résidente.

Lors d'un entretien, les directeurs des soins ont confirmé l'incident ayant causé la blessure de la personne résidente et précisé qu'il avait été signalé aux membres du personnel autorisé.

Le défaut de protéger une personne résidente contre les mauvais traitements expose celle-ci à des risques de préjudice.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, entretien avec le personnel.

Justification et résumé

C) À une date précise du mois de juillet 2024, une personne résidente échangeait avec une autre personne résidente. L'une d'entre elles a eu une réaction physique à l'égard de l'autre, ce qui a entraîné une blessure.

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 dossiers cliniques indiquent que la blessure subie par la personne résidente a nécessité un traitement, que les deux personnes ont été séparées et que des interventions ont été mises en place pour éviter que la situation ne se reproduise.

Lors d'un entretien avec un directeur des soins, il a été confirmé qu'une personne résidente avait été blessée physiquement à la suite de l'incident.

Le fait de ne pas avoir veillé à protéger une personne résidente contre les mauvais traitements d'une autre personne résidente a entraîné des blessures réelles.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; rapport d'IC n° 2908-000034-24; entretien avec le personnel; notes de l'enquête interne du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Obligation de faire rapport
au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au 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 de Hamilton

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)]:

Le titulaire de permis doit :

- Donner une nouvelle formation au personnel mentionné et à tous les membres de la direction sur la politique du foyer en matière d'obligation de signalement, y compris les délais précis à l'intérieur desquels les événements doivent être signalés au directeur.
- Conserver les documents relatifs à la formation, y compris : le matériel utilisé pour la formation, la manière dont celle-ci a été offerte, les signatures des participants indiquant qu'ils ont terminé la formation et la ou les dates auxquelles celle-ci a été achevée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements ou la négligence ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour des personnes résidentes soient immédiatement signalés au directeur.

Conformément au paragraphe 154 (3) de la LRSLD, lorsqu'une inspectrice ou un inspecteur constate qu'un membre du personnel n'a pas respecté le paragraphe 28 (1) ou 30 (1), le titulaire de permis est réputé ne pas avoir respecté le paragraphe pertinent et l'inspectrice ou l'inspecteur prend au moins une des mesures énoncées au paragraphe (1) selon ce qu'il ou elle estime approprié.

Justification et résumé

A) À une date précise du mois de juillet 2024, une personne résidente échangeait avec une autre personne résidente. L'une d'entre elles a eu une réaction physique à l'égard de l'autre, ce qui a entraîné une blessure.

L'incident entre les personnes résidentes a été consigné dans les dossiers cliniques et les notes de l'enquête interne du foyer, comme le fait que le personnel autorisé

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

en a immédiatement informé la direction, mais le titulaire de permis n'a signalé l'incident au directeur qu'un jour après l'incident.

Lors d'un entretien, un directeur des soins a confirmé que l'incident aurait dû être immédiatement signalé au directeur.

Le fait de ne pas avoir immédiatement signalé au directeur l'incident critique en rapport avec les mauvais traitements a exposé la personne résidente au risque de subir d'autres préjudices ou d'autres mauvais traitements.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; rapport d'IC n° 2908-000034-24; entretien avec le personnel; notes de l'enquête interne du foyer.

Justification et résumé

B) À une date précise de juillet 2024, le foyer a communiqué avec la ligne de Service Ontario après les heures de bureau et présenté, trois jours plus tard, un rapport d'incident critique relativement à la négligence présumée à l'égard d'une personne résidente par un membre du personnel.

Un directeur des soins a déclaré qu'un membre du personnel avait été témoin de l'incident et qu'il l'avait signalé à un collègue. Les deux employés n'ont pas signalé l'incident à l'équipe de direction du foyer.

Un directeur des soins a déclaré que le personnel concerné aurait dû signaler immédiatement l'incident à l'équipe de direction du foyer.

La politique du foyer portant sur la prévention, l'éducation et l'analyse pour des collectivités sans violence (*Abuse free communities – prevention, education and analysis*), indique que toutes les personnes sont légalement tenues de signaler immédiatement tout soupçon de mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la

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

part du titulaire de permis ou du personnel qui ont causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Le fait de ne pas signaler immédiatement l'allégation de mauvais traitements ou de négligence à l'équipe de direction a fait courir le risque que des mauvais traitements continuent d'être infligés.

Sources : Rapport d'IC n° : 2908-000035-24; rapport de la ligne de Service Ontario après les heures de bureau; notes d'enquête du foyer de SLD; entretien avec un directeur des soins; dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer portant sur la prévention, l'éducation et l'analyse pour des collectivités sans violence (*Abuse free communities – prevention, education and analysis*).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 novembre 2024

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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

- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.