Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1411-0001

Type d'inspection :
Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : St. Peter's Care Centres

Foyer de soins de longue durée et ville : St. Peter's Residence at Chedoke, Hamilton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 10, du 13 au 17 et le 20 janvier 2025.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00125360 [Incident critique (IC) n° 2927-000025-24] liée à une substance désignée manquante.
- Demande n° 00128473 [IC n° 2927-000030-24] liée à une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Demande n° 00128615 [IC n° 2927-000031-24] liée à la prévention et au contrôle des infections.
- Demande n° 00129941 – Plainte portant sur la gestion des médicaments et les soins liés à l'incontinence.
- Demande n° 00130527 [IC n° 2927-000036-24] liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique.
- Demande n° 00134873 [IC n° 2927-000047-24] liée à une chute entraînant une blessure.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

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, 11e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Demande nº 00122812 [IC nº 2927-000020-24], demande nº 00123623 [IC nº 2927-000022-24], demande nº 00125064 [IC nº 2927-000024-24] et demande nº 00131015 [IC nº 2927-000037-24] liées à la prévention et à la gestion des chutes.

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

Soins liés à l'incontinence
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité nº 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) 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

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, 11e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soit mise en œuvre.

Le titulaire de permis devait veiller à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI, conformément à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

La section 6.1 Exigence supplémentaire aux termes de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, datée d'avril 2022, indique que le titulaire de permis doit mettre l'équipement de protection individuelle (EPI) à la disposition et à la portée du personnel selon son rôle et son niveau de risque.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'EPI requis soit accessible au point de service pour le personnel fournissant des soins aux personnes résidentes concernées faisant l'objet de précautions supplémentaires.

Plus tard au cours de l'inspection, il a été noté que l'EPI requis était accessible au moment des soins pour les personnes résidentes concernées.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 8 janvier 2025

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, 11e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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 (10) c) 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 :
c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les soins liés à la gestion de la douleur prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le personnel a constaté que les médicaments contre la douleur à prendre au besoin d'une personne résidente n'étaient pas efficaces, et a demandé à l'infirmière praticienne de réévaluer d'urgence les médicaments contre la douleur administrés à cette personne résidente. Le lendemain, un autre signalement a été fait à l'infirmière praticienne en raison d'une douleur accrue après une nouvelle chute.

L'infirmière praticienne a déclaré que si elle n'était pas disponible, le médecin de garde aurait dû être appelé lorsque les stratégies se sont avérées inefficaces pour gérer la douleur de la personne résidente.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, y compris les évaluations, les signalements, les notes d'évolution et les registres électroniques

d'administration des médicaments pour décembre 2024 et janvier 2025; entretien avec le personnel et l'infirmière praticienne.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité nº 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « 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. »

Une personne résidente a été laissée sans surveillance pendant environ une heure aux toilettes, ce qui a entraîné une altération de la peau, de la douleur, de l'inconfort et de la frustration. Au moment de l'incident, la sonnette d'appel des toilettes de la personne résidente n'était pas à portée de main et elle n'a pas pu demander l'aide du personnel.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, dossiers d'enquête du foyer de soins de longue durée, Système de rapport d'incidents critiques (SIC) nº 2927-000030-24, politique sur la manipulation sécuritaire des clients, les levages et les transferts nº D5.3 (*Safe Client Handling, Lifts and Transfers*, revue le 16 octobre 2024), mode d'emploi de Sara Flex nº 04.KL.00.EN_4 (*Instructions for Use Sara Flex*, daté de mai 2019), entretiens avec le directeur des soins, la personne résidente et la PSSP.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements infligés par une autre personne résidente.

L'alinéa 2 (1) c) du Règl. de l'Ont. 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 ».

À une date donnée, une personne résidente a donné un coup de pied à une autre personne résidente. En réaction, cette autre personne résidente a donné un coup de pied à l'autre personne résidente, ce qui a entraîné une déchirure de la peau.

Sources : Notes d'évolution des deux personnes résidentes, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel, SIC nº 2927-000036-24.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 10 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 :

10. Son état de santé, notamment les allergies qu'il a, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de son état de santé.

Une personne résidente avait besoin d'un certain niveau d'assistance. En raison d'un besoin particulier, l'emplacement de la sonnette d'appel dans ses toilettes ne lui était pas accessible.

Le programme de soins ne comprenait pas de directives au personnel concernant l'accès à la sonnette d'appel pendant les soins de toilette, en fonction des besoins particuliers de la personne résidente.

Sources : Observation des toilettes de la personne résidente, dossier clinique de la personne résidente, SIC nº 2927-000030-24, politique sur le système de sonnette d'appel nº J1.4 (*Call Bell System*, révisée le 20 septembre 2023), entretiens avec le directeur des soins, le physiothérapeute et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales – documentation

Problème de conformité nº 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22
Exigences générales
Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les

réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (*Infection Prevention and Control*), y compris les évaluations liées à la surveillance de l'infection d'une personne résidente pendant deux quarts de nuit et un quart d'après-midi, soient documentées, ce qui a été confirmé par l'infirmière autorisée (IA).

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité nº 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programmes obligatoires
Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :
4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le foyer n'a pas veillé au suivi du programme de gestion de la douleur d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de gestion de la

douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer, et que ce programme soit respecté. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de gestion de la douleur, selon laquelle le personnel est tenu de remplir un outil d'évaluation de la douleur lorsqu'une personne résidente a eu un résultat positif dans le cadre d'un dépistage de la douleur.

Une personne résidente a ressenti de la douleur dans une zone particulière du corps. Une évaluation de la douleur n'a pas été réalisée au moyen d'un outil cliniquement approprié, comme l'exige la politique de gestion de la douleur du foyer.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, politique de gestion de la douleur nº J8.0 (*Pain Management*, révisée le 9 novembre 2023), entretien avec le directeur des soins et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité nº 007 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
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 qu'une personne résidente soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à

cette fin lorsque sa douleur n'a pas été soulagée au moyen des interventions initiales.

Un médicament contre la douleur à prendre au besoin a été administré à une personne résidente à une date donnée. Le médicament a été jugé inefficace, et aucun autre analgésique narcotique n'a été administré ce jour-là. La douleur de la personne résidente n'a été réévaluée que le lendemain, et une consultation urgente de l'infirmière praticienne a été organisée en raison de l'inefficacité des médicaments contre la douleur.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, le registre électronique d'administration des médicaments, les dossiers sur la douleur sous l'onglet des signes vitaux et les dossiers sur l'administration de narcotiques; entretien avec le personnel et le directeur des soins; politique sur le programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program*, révisée le 9 novembre 2023).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 3 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) :
3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé d'un incident où des substances désignées étaient manquantes ou il y avait une différence d'inventaire au plus tard un jour ouvrable après que l'incident se soit produit. Une certaine quantité de deux substances désignées différentes n'a pas été retrouvée au moment de la destruction de la substance désignée, et le directeur n'en a été informé que sept jours plus tard.

Sources : SIC nº 2927-000025-24, dossiers d'enquête du foyer de soins de longue durée, entretiens avec le directeur des soins et le pharmacien clinicien consultant.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité nº 009 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 mis en œuvre sa politique de destruction des médicaments en ce qui concerne le retrait des médicaments périmés de la réserve active de médicaments pour une personne résidente lorsque deux médicaments différents ont été administrés à une personne résidente huit et neuf jours après leur date de péremption.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur la destruction des médications nº 9.1 (*Drug Destruction: Non-controlled Substance*, révisée en

septembre 2023) et document de référence sur les dates de péremption (*Recommended Expiry Dates*), entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa politique de stockage des médicaments concernant l'indication d'une date de péremption d'un médicament particulier après la première utilisation. Il a été constaté à une certaine date qu'un médicament avait été administré à une personne résidente sans que la date de péremption soit indiquée et sans savoir quand il avait été ouvert pour la première fois.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique sur le stockage des médicaments nº 7.1 (*Drug Storage: Non-controlled Substance*, révisée en septembre 2023) et document de référence sur les dates de péremption (*Recommended Expiry Dates*), entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa politique d'administration des médicaments lorsqu'une personne résidente a reçu un médicament à administrer au mauvais moment.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a vu le mandataire spécial d'une personne résidente informer une PSSP que la personne résidente avait reçu le mauvais médicament pour l'heure d'administration indiquée. La PSSP a informé l'infirmière, et le bon médicament a été administré.

Sources : Observation, entretien avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'utilisation de médicaments et de gouttes ophtalmiques nº 7.22 (*Instillation of Eye Drops and Medications*, révisée le 7 octobre 2024).

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa politique de destruction des substances désignées, selon laquelle les substances désignées en attente de destruction devaient être placées dans la zone prévue à double verrouillage, en présence de deux membres du personnel autorisés. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n'a pas assisté à l'élimination d'une quantité donnée de substances réglementées par une autre IAA, car elle lui tournait le dos et accomplissait une autre tâche.

Sources : Dossiers d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique sur la destruction de médicaments – substances désignées n° 9.2 (*Drug Destruction – Controlled Substances*, révisée en septembre 2023), entretiens avec le directeur des soins et le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa politique de destruction des substances désignées, selon laquelle le registre d'administration des substances désignées devait être conservé dans le dossier de la personne résidente et une photocopie devait être conservée par le directeur des soins. Deux incidents de substances désignées manquantes ont été relevés, et le dossier d'administration pour les deux personnes résidentes n'a pas été présenté à l'inspecteur à la fin des activités d'inspection.

Sources : Dossiers physiques de la personne résidente, dossiers d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique sur la destruction de médicaments – substances désignées n° 9.2 (*Drug Destruction – Controlled Substances*, révisée en septembre 2023), entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents

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, 11e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité nº 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 274 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents

Article 274 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

a) un dossier écrit soit dressé et tenu à l'égard de chaque résident du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des registres de surveillance des comportements réactifs soient tenus pour une personne résidente.

Selon les notes d'évolution de la personne résidente, un outil de surveillance des comportements réactifs a été mis en place à une date donnée pour la personne résidente à la suite d'une altercation avec une autre personne résidente. Le foyer n'a pas pu produire le document de suivi lorsqu'il a été demandé.

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