

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 : 21 août 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1444-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Parkview Meadows Christian Retirement Village	
Foyer de soins de longue durée et ville : Gardenview Long Term Care Home, Townsend	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 13, 14, 15, 16 et 19 août 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00110543 – Incident critique (IC) en rapport avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00118781 – IC en rapport avec la prévention et le contrôle des infections.
- Demande n° 00122449 – IC en rapport avec la prévention et la gestion des chutes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
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 inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

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

Non-respect : de l'alinéa 25 (2) d) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

d) comprend une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes comprenne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.

L'examen de la politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements ne comprenait pas l'explication de l'obligation de faire rapport immédiatement au directeur prévue à l'article 28. Après discussion avec le directeur des soins, celui-ci a reconnu que l'information n'avait pas été incluse et a mis à jour la politique pour y inclure ce renseignement.

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

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 août 2024

Problème de conformité n° 002 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

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 au respect de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI), révisée en septembre 2023 et délivrée par le directeur.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du point e) de la section 9.1 de la Norme de PCI en ce qui concerne les précautions supplémentaires pour ce qui est des affiches minimales au point de service indiquant les mesures de contrôle améliorées en matière de PCI requises.

Justification et résumé

À une date donnée, en août 2024, il y avait de l'équipement de protection individuelle près de la porte de la chambre d'une personne résidente; cependant, il n'y avait pas d'affiche indiquant que des précautions contre les contacts étaient requises.

Lorsque le problème a été porté à l'attention de l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), elle a immédiatement remis l'affiche sur la porte.

Sources : Observation de la chambre d'une personne résidente et entretien avec une IAA.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 13 août 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

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

assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et de toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, formulées par le médecin hygiéniste en chef précisent que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doivent pas être périmés.

À une date donnée en août 2024, plusieurs bouteilles de DMBA ont été observées dans plusieurs aires du foyer et dont les dates de péremption allaient de septembre 2021 au 1^{er} janvier 2024. Les directrices adjointes des soins ont été informées et ont affirmé qu'elles allaient retirer les bouteilles et examiner leur inventaire. Pendant une observation de suivi, les bouteilles périmées de DMBA ont été remplacées par des bouteilles dont la date de péremption était fixée à 2026.

Sources : Observations, *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif* (ministère de la Santé, avril 2024); entretien avec les directrices adjointes des soins et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 16 août 2024

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).

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la LRS LD (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel.

Justification et résumé

À une date donnée, en mars 2024, une personne résidente a signalé qu'elle ressentait des douleurs dans une région précise et qu'un membre du personnel avait été brutal avec elle. Le foyer n'a fait rapport au directeur de l'allégation de mauvais traitements que quatre jours plus tard et n'a pas appelé la ligne ACTION du ministère des Soins de longue durée.

Une directrice adjointe des soins a reconnu qu'il aurait fallu faire immédiatement rapport au directeur de l'incident.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente; notes d'enquête; rapport d'incident critique et entretien avec une directrice adjointe des soins.