

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 20 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1458-0005

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** St. Joseph's Health System

**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Joseph's Villa, Dundas, Dundas

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 11 et les 13, 16 et 17 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00133830 – Inspection proactive de la conformité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Droits et choix des personnes résidentes  
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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

#### **Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une fenêtre qui ouvrait sur l'extérieur et à laquelle les personnes résidentes avaient accès ne puisse être ouverte de plus de 15 centimètres.

#### **Justification et résumé**

La fenêtre de la chambre d'une personne résidente pouvait être ouverte de plus de 15 centimètres. Le lendemain, les arrêts de fenêtre ont été remplacés et l'ouverture de fenêtre a été limitée à 15 centimètres.

**Sources :** Observations de la chambre d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 13 décembre 2024

## 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 (2) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation d'une personne résidente et sur les besoins et préférences de cette personne.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente disposait d'un appareil d'aide personnelle conforme à ses préférences. Le programme de soins de la personne résidente ne comprenait pas une évaluation relative à l'utilisation de l'appareil.

L'omission de s'assurer que le programme de soins est basé sur une évaluation des préférences de la personne résidente pouvait faire en sorte que le personnel ne soit pas au courant des désirs de la personne résidente.

**Sources :** Observations; entretiens avec une personne résidente et le personnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## 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 : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

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.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir une aide à l'alimentation à une personne résidente, tel que le précise son programme de soins.

### **Justification et résumé**

Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'une aide à l'alimentation pendant les repas. L'heure du déjeuner a été observée, et aucune aide à l'alimentation n'a été fournie à la personne résidente.

**Sources :** Observation à l'heure du repas; dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir une intervention en matière de nutrition à une personne résidente, tel que le précise son programme de soins.

### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une intervention en matière de nutrition pendant les repas afin de soutenir l'ingestion d'aliments et de liquides et de répondre à ses besoins nutritionnels. Au cours d'une observation, la personne résidente n'a pas bénéficié de l'intervention.

Il existait un risque que l'apport nutritionnel de la personne résidente soit inadéquat lorsqu'elle ne bénéficiait pas de l'intervention en matière de nutrition prescrite.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Observation à l'heure du repas; dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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 sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
  - i. gardées fermées et verrouillées,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer soient gardées fermées et verrouillées.

### **Justification et résumé**

Il a été observé qu'une porte donnant sur l'extérieur était ouverte et que l'aire n'était pas surveillée.

Après une discussion avec le personnel, il a été observé que la porte était sous surveillance et le personnel a confirmé que la porte restait sous surveillance jusqu'à ce qu'elle soit réparée.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

L'omission de veiller à ce que les portes donnant sur l'extérieur du foyer soient surveillées lorsqu'elles ne sont pas fermées et verrouillées pouvait permettre aux personnes résidentes de s'enfuir.

**Sources :** Observations de la porte et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

### **Justification et résumé**

Un certain nombre d'aires non résidentielles à un étage du foyer n'étaient pas sécuritaires ou surveillées par le personnel.

Le foyer a indiqué qu'il prévoyait d'installer des verrous sur chaque porte et a confirmé que les aires étaient non résidentielles.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Il y avait un risque que les personnes résidentes aient accès aux aires non résidentielles.

**Sources :** Observations; entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect : de l'alinéa 20 e) 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 :

e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Des aires d'un étage du foyer qui étaient accessibles aux personnes résidentes n'étaient pas dotées d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel.

L'omission de veiller à ce que des aires accessibles aux personnes résidentes soient dotées d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel était susceptible d'empêcher les personnes résidentes d'alerter le personnel si elles avaient besoin d'aide.



**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources** : Observations; entretiens avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

**Non-respect : de l'alinéa 20 f) 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 :

f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

### Justification et résumé

Une personne résidente a signalé que sa sonnette d'appel ne fonctionnait pas. Lorsque le système de communication bilatérale a été activé dans la chambre de la personne résidente, le plafonnier de la porte extérieure ne s'est pas allumé. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que le système de communication n'indiquait pas clairement la provenance du signal lorsqu'il était activé dans la chambre de la personne résidente ainsi que dans deux autres pièces de la section accessible aux résidents. Elle a noté que, si aucune lumière n'était allumée lorsqu'une sonnerie retentissait, elle vérifiait les trois chambres pour déterminer qui avait sonné, car l'écran jusque-là utilisé pour afficher les sonneries activées ne fonctionnait plus.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

La réaction du personnel aux sonneries du système de communication activées pour les trois personnes résidentes a pu être retardée, car le système n'indiquait pas clairement d'où provenait le signal.

**Sources :** Observations; entretien avec une personne résidente, une PSSP et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

**Justification et résumé**

Les registres de vérification de la température ambiante du système automatisé du bâtiment ont révélé que certaines aires du foyer n'étaient pas constamment maintenues à au moins 22 degrés Celsius.

Un membre du personnel a confirmé que le système de chauffage et de climatisation variait au cours des périodes indiquées en raison de plusieurs facteurs et qu'avec les interventions, lorsque les températures étaient inférieures à 22 degrés Celsius, il fallait généralement au système de 24 à 48 heures pour atteindre les résultats souhaités.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Il existait un risque que les personnes résidentes ne se sentent pas bien dans le foyer lorsque la température n'était pas maintenue à 22 degrés Celsius.

**Sources :** Examen des registres de vérification de la température ambiante et entretiens avec le personnel

## AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 009 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.

A) 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 services infirmiers, comme l'exige le paragraphe 11 (1) de la *LRSLD* (2021), soient documentées.

### Justification et résumé

Une personne résidente s'est dite préoccupée par le fait que son bain ne lui était pas donné en utilisant la méthode de son choix. Le personnel de l'unité a indiqué que la personne résidente prenait un bain selon la méthode de son choix une fois par semaine, mais pas l'autre jour prévu pour le bain. Le responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué qu'il en avait discuté avec la personne résidente, mais que cette dernière ne se souvenait pas de la conversation.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le programme de soins de la personne résidente ne contenait aucun document relatif à la discussion avec le responsable des soins aux personnes résidentes.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

B) 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 soins de la peau et des plaies, notamment les interventions et les réactions de la personne résidente aux interventions, soient documentées.

**Justification et résumé**

Une personne résidente présentait des atteintes de l'intégrité de la peau et devait être tournée et changée de position toutes les deux heures, conformément à son programme de soins.

La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas été changée de position comme prévu.

Un examen des notes d'évolution et des feuilles de route n'a pas permis de connaître la réaction de la personne résidente à l'intervention de repositionnement.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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

**Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**  
Service de restauration et de collation

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des personnes résidentes se fassent servir leur repas un plat après l'autre.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation du service des repas, plusieurs personnes résidentes se sont vu servir leur dessert avant d'avoir terminé leur plat principal.

Il existait un risque d'apport nutritionnel inadéquat lorsque les personnes résidentes ne recevaient pas un plat après l'autre.

**Sources :** Observations à l'heure du repas, entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses**

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

**Non-respect : de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Substances dangereuses

Article 97 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances dangereuses du foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé**

A) Les portes de deux salles renfermant du matériel propre ont été trouvées non verrouillées. À l'entrée des salles, des substances dangereuses se trouvaient sur les comptoirs.

Un membre du personnel a reconnu que les portes devaient être fermées et verrouillées lorsque le personnel n'est pas présent.

Il existait un risque potentiel d'exposition à des produits chimiques pour les personnes résidentes lorsque des substances dangereuses étaient accessibles en raison de portes non verrouillées.

**Sources :** Observations; entretiens avec le personnel.

B) La salle du matériel souillé et la salle de bains d'une section accessible aux personnes résidentes ont été trouvées non verrouillées et sans surveillance. Les salles contenaient des bouteilles ouvertes et scellées d'une substance dangereuse, ainsi que des bouteilles non étiquetées d'une autre substance.

Le personnel a confirmé que les portes devaient être verrouillées en raison de la présence de substances et les a immédiatement fermées.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Il existait un risque potentiel d'exposition à des produits chimiques pour les personnes résidentes lorsque des substances dangereuses étaient accessibles en raison de portes non verrouillées.

**Sources :** Observations; entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 012 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*, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre.

### **Justification et résumé**

La *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* indique, à la section 9.1, que des précautions supplémentaires doivent être prises dans le cadre du programme de PCI, incluant, au point f), des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection personnelle (EPI), y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Une affiche sur la porte de la chambre d'une personne résidente indiquait que cette personne faisait l'objet de précautions supplémentaires et que l'EPI devait être porté lors de l'administration de ses soins personnels. Deux PSSP ont été observées dans la chambre d'une personne résidente en train de lui prodiguer des soins et l'une d'elles ne portait pas d'EPI. Une fois les soins terminés, l'autre PSSP a quitté la chambre et a retiré son EPI avant de s'éloigner sans avoir suivi les mesures d'hygiène des mains.

Un membre du personnel a reconnu que les PSSP fournissaient des soins personnels à la personne résidente et ne portaient pas l'EPI requis, et que le membre du personnel aurait dû suivre les mesures d'hygiène des mains au point de service.

L'omission de porter l'EPI et de respecter les mesures d'hygiène des mains a posé un risque de propagation de l'infection à d'autres personnes résidentes.

**Sources :** Observations; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un



**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte verbale reçue par un membre du personnel concernant les soins fournis à la personne résidente n° 009 fasse l'objet d'une enquête et soit réglée dans la mesure du possible, et qu'une réponse conforme à la disposition 3 soit donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à une ou plusieurs personnes résidentes, l'enquête est menée immédiatement.

**Justification et résumé**

Les notes d'évolution indiquaient qu'une personne résidente avait exprimé à deux reprises ses préoccupations concernant les soins qu'elle recevait.

Aucune enquête n'a été menée à l'égard de ces préoccupations et aucune réponse n'a été donnée à la personne résidente concernant ses plaintes.

L'omission de mener une enquête et de faire un suivi des préoccupations a pu entraîner la réapparition des problèmes ou l'insatisfaction de la personne résidente.

**Sources :** Examen du dossier clinique d'une personne résidente et de la procédure de traitement des plaintes du foyer, et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions  
indésirables à des médicaments**

Problème de conformité n° 014 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Non-respect : de l'alinéa 147 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments  
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :  
b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament soient signalés à la personne résidente, à son mandataire spécial, au prescripteur du médicament et au médecin traitant de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un examen des incidents liés à des médicaments sur une période de trois mois a révélé que les incidents n'étaient pas tous signalés à la personne résidente ou à son mandataire spécial et à son médecin traitant. Un membre du personnel a reconnu qu'un tel signalement n'a pas été fait pour tous les incidents liés à des médicaments. L'omission d'informer la personne résidente, son mandataire spécial ou son médecin de la possibilité d'une réaction indésirable à un médicament peut avoir empêché une surveillance accrue ou la détermination d'effets secondaires possibles.

**Sources :** Examen des incidents liés à des médicaments; entretien avec le personnel.