

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 29 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1708-0003

Type d'inspection : Suivi
d'une plainte d'incident
critique

Titulaire de permis : Partners Community Health

Foyer de soins de longue durée et ville : Wellbrook Place West, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 11, 12, du 15 au 19, du 22 au 26 et du 29 au 31 juillet 2024 et 1^{er} août 2024

Les inspections suivantes ont été effectuées dans le cadre de cette inspection d'incident critique (IC) :

- Plainte : n° 00108821 IC-3067-000009-24 – relativement aux soins et services de soutien aux personnes résidentes
- Plainte : n° 00109674 IC-3067-000018-24 – relativement à la 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Plainte : n° 00112478 IC-3067-000029-24 – relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte : n° 00116905 IC-3067-000043-24 – relativement à la prévention et au contrôle des infections

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00115733 – plaignant avec des préoccupations concernant les soins et les services de soutien aux personnes résidentes
- Plainte : n° 00117909 – plaignant avec des préoccupations concernant le programme de soins, le système de gestion des médicaments
- Plainte : n° 00118302 – plaignant avec des préoccupations concernant les soins et les services de soutien aux personnes résidentes

Les inspections concernaient le suivi des ordres de conformité suivants :

- Plainte : n° 00117380 – relativement à un suivi de l'ordre de conformité à la disposition 96 (2) a) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, avec une date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117381 – relativement à un suivi de l'ordre de conformité à la disposition 79 (1) 5 de Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, avec une date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117382 – relativement à un suivi de l'ordre de conformité à la disposition 12 (1) 3 du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, avec une date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117383 – relativement à un suivi de l'ordre de conformité à la disposition 102 (2) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, avec une date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117384 – relativement à un suivi de l'ordre de conformité à la disposition 74 (2) e) (i) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, avec une date limite de mise en conformité au 5 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 004 découlant de l'inspection n° 2024-1708-0001 relativement à la disposition 96 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Waseema Khan (741104)

Ordre n° 003 découlant de l'inspection n° 2024-1708-0001 relativement à la disposition 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Patrishya Allis (000762)

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1708-0001 relativement à la disposition 12 (1) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Waseema Khan (741104)

Ordre n° 005 découlant de l'inspection n° 2024-1708-0001 relativement à la disposition 102 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Stephany Kulis (000766)

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1708-0001 relativement à la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Waseema Khan (741104)

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Abuse and Neglect)
Normes en matière de dotation, de
formation et de soins (Staffing, Training and
Care Standards)
Prévention et gestion des chutes (Falls
Prevention and Management)

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Non-conformité n° 001 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de la disposition : 6(1)a) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour une personne résidente indique les soins prévus pour cette personne.

Justification et résumé

La chambre d'une personne résidente a été observée avec un dispositif présent. Les membres du personnel ont affirmé que le but était d'empêcher les autres personnes résidentes d'entrer dans la chambre. Aucun document dans le programme de soins de la personne résidente n'indiquait que la personne résidente avait besoin de l'usage du dispositif. Les membres du personnel ont reconnu que le dispositif aurait dû être documenté dans le programme de soins.

Le dispositif a été retiré de la porte de la chambre de la personne résidente et le programme

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

de soins a été mis à jour.

Sources : Observations de la chambre de la personne résidente; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 30 juillet 2024

Non-conformité n° 002 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

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

Portes dans le foyer

Par. 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 personnes résidentes. 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 respecter l'exigence de maintenir verrouillée la porte du vestiaire du personnel, menant à une aire non résidentielle, afin d'en restreindre l'accès.

Justification et résumé

Pendant une observation un jour de juillet 2024, l'inspecteur a été en mesure de pousser la porte du vestiaire du personnel au quatrième étage de l'aile ouest C sans utiliser de carte d'accès. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et une infirmière autorisée (IA) ont admis que le personnel utilise habituellement la carte d'accès, c'est pourquoi l'état déverrouillé n'a pas été remarqué. Elles ont confirmé que la porte aurait effectivement dû être verrouillée et accessible uniquement avec une carte d'accès. Une IA s'est assurée que le problème soit constaté et qu'une demande d'entretien allait être soumise.

Un entretien avec une IAA a confirmé qu'une demande d'entretien pour la porte du vestiaire du personnel avait été envoyée et que la porte avait depuis été 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

D'autres observations à une date ultérieure en juillet 2024 ont montré que la porte du vestiaire du personnel au quatrième étage de l'aile ouest C était verrouillée et ne s'ouvrait qu'avec une carte d'accès. Le problème de la porte tenue déverrouillée a été réglé et atténué par le foyer, et le problème de non-conformité a été rectifié.

Sources : Observations en juillet 2024, entretiens avec une IAA et deux IA.

Date de mise en œuvre de la rectification : 16 juillet 2024

Non-conformité n° 003 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de la disposition : 79(1)5 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Service de restauration et de collation

Par. 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 :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la nourriture servie soit à une température sécuritaire pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Les lignes directrices sur la salubrité des aliments de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que les bactéries peuvent proliférer dans la zone dangereuse située entre 4 °C et 60 °C (40 °F et 140 °F).

La politique du foyer « Served Food Temperature » [Température de service de la nourriture], dernière révision en janvier 2022, indiquait que les œufs, les plats principaux, les légumes, les pommes de terre, les sauces, le café et le thé servis aux personnes résidentes devaient être maintenus à une température entre 60 °C (140 °F) et 76 °C

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

(168,8 °F)

Un jour de juillet 2024, l'inspecteur est entré dans l'aire de service de la salle à manger, une aide alimentaire préparait une assiette de hot-dog avec une salade en accompagnement à servir à une personne résidente. L'inspecteur a mesuré la température du hot-dog avec le thermomètre TPI 318 °C, qui indiquait 43,3 °C (110 °F), ce que l'aide alimentaire a reconnu.

L'aide alimentaire a renvoyé le hot-dog dans le cuiseur à vapeur pour le réchauffer.

L'inspecteur et l'aide alimentaire ont vérifié la température du hot-dog, qui était de 70,5 °C (158,9 °F). L'aide alimentaire est retournée au cuiseur à vapeur pour atteindre la température optimale.

L'inspecteur et l'aide alimentaire ont vérifié la température du hot-dog, qui était de 74,8 °C (166,6 °F). Le hot-dog a été servi à la personne résidente à ce moment-là.

Le superviseur des services alimentaires a confirmé que la température aurait dû être de 74 °C (165,2 °F).

Le fait de servir de la nourriture à des températures insalubres augmentait le risque qu'une possible maladie d'origine alimentaire se produise.

Sources : Observations, entretiens avec des membres du personnel, « Served Food Temperature Policy » [Politique sur la température de service de la nourriture], dernière révision en janvier 2022, lignes directrices sur la salubrité des aliments de l'Agence de santé publique du Canada, dernière révision en avril 2012.

Date de mise en œuvre de la rectification : 12 juillet 2024

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 58 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les comportements déclencheurs d'une personne résidente soient identifiés dans son programme de soins initial.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer intitulée « supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision le 24 octobre 2023.

Justification et résumé

La politique de l'unité de soutien aux troubles du comportement (USTC) intitulée « Supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision en octobre 2023, indiquait que « le programme de soins infirmiers doit identifier les comportements déclencheurs de la personne résidente et refléter les mesures de soutien individualisées et les stratégies de STC qui sont fournies pour gérer ces comportements » [traduction].

La personne résidente a eu des comportements réactifs, des comportements déclencheurs et des manifestations personnelles à son admission au foyer, ce qui a été saisi dans le formulaire de l'outil d'évaluation du comportement du service de placement des RLSS datant de janvier 2024 et a manifesté un déclencheur dans le protocole d'admission de la méthode RAI sur l'état d'humeur et les symptômes comportementaux.

Le programme de soins initial n'identifiait pas de comportements déclencheurs qui pouvaient entraîner des comportements réactifs et ne comportait pas de stratégies écrites, y compris des techniques et des interventions, afin de prévenir, de minimiser ou de répondre aux

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

comportements réactifs, alors qu'il aurait dû le faire. Ce fait a été confirmé par le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), le spécialiste en soutien des troubles du comportement (SSTC) et l'infirmière autorisée (IA).

L'IA a confirmé que le programme de soins était la première ressource de recherche utilisée par le personnel de première ligne pour identifier les comportements et les déclencheurs des personnes résidentes, ainsi que les interventions pour répondre aux comportements réactifs.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente soulignait que la personne résidente avait eu quatre interactions avec plusieurs personnes résidentes qui s'étaient terminées par des altercations physiques et déclenchant une escalade de comportements chez les autres personnes résidentes.

Le défaut d'identifier les comportements réactifs, les comportements déclencheurs et les mesures ou stratégies de soutien pour gérer les comportements dans le programme de soins de la personne résidente a augmenté le risque de comportements réactifs non contrôlés, puisque le personnel pouvait avoir une connaissance réduite des stratégies pour atténuer ces comportements.

Sources : Politique du foyer intitulée « Supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision en octobre 2023; entretiens de référence avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 3 (1) 2 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Déclaration des droits des résidents

Par. 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 :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mode de vie et les choix de la personne résidente soient respectés.

Justification et résumé

À son admission, les préférences de la personne résidente pour une activité du quotidien précise ont été inscrites comme étant préférée le matin. Pendant une période de quatre mois, la personne résidente a reçu l'activité du quotidien le soir, et fréquemment documentée en fin de soirée. Les membres du personnel ont affirmé qu'ils connaissaient la préférence de la personne résidente et que le changement par rapport aux moments préférés de la personne résidente pour l'activité du quotidien n'était pas respectueux.

Le fait de ne pas suivre les préférences de la personne résidente ne respectait pas son mode de vie et ses choix.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel et le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 6(1)a) 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Par. 6(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente ait un programme de soins écrits qui établit les soins prévus pour cette personne, en particulier concernant la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence.

Justification et résumé

La politique du foyer intitulée « A bowel and bladder continence assessment and care planning » [Évaluation et planification pour la facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence], dernière révision en octobre 2023, indiquait que le personnel devait s'assurer, lorsque possible, que toutes les personnes résidentes soient amenées à la toilette, par exemple : les personnes résidentes incontinentes.

La personne résidente était en mesure de communiquer ses besoins d'aller à la toilette et était continente pendant la journée, mais incontinente pendant la nuit. Ce fait a été confirmé par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Le coordonnateur du RAI et le directeur des soins infirmiers par intérim (DSII) ont confirmé qu'une routine liée à la toilette était indiquée pour la personne résidente. Plus précisément, un horaire de vérification et de changement pour la toilette aurait dû être mis en œuvre dans l'onglet des actions de soutien et le programme de soins de la personne résidente en identifiant des heures précises auxquelles il fallait vérifier la personne résidente et la changer ou l'amener à la toilette. Le DSII a confirmé que ces informations ne se trouvaient pas dans le programme de soins ou l'onglet des actions de soutien de la personne résidente.

La PSSP a en outre signalé que les PSSP d'agence n'amènent pas la personne résidente à la toilette régulièrement, car elles ne connaissent pas la routine liée à la toilette.

Le défaut de mettre en place une routine liée à la toilette pour la 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

augmentait le risque de rater une possibilité d'aller à la toilette, ce qui pouvait minimiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente.

Sources : Entretiens avec le personnel, examen du programme de soins de la personne résidente, la politique du foyer intitulée « A bowel and bladder continence assessment and care planning » [Évaluation et planification pour la facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence], dernière révision en octobre 2023, rapport d'étude documentaire et examen de l'onglet des actions de soutien.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 6 (1) c) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'un programme de soins écrit pour la personne résidente indique des directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente concernant le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence.

Justification et résumé

L'examen du programme de soins d'une personne résidente en juillet 2024 présentait 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

renseignements contradictoires concernant l'incontinence urinaire : il indiquait que la personne résidente était à la fois entièrement incontinente, nécessitant de l'aide, et continente sans besoins en matière de soins. De plus, l'examen sur l'incontinence des selles indiquait une incontinence totale nécessitant de l'aide, alors qu'une évaluation de juin 2024 signalait le contrôle complet des selles.

Le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI des personnes résidentes a admis que le programme de soins et les documents d'évaluation n'étaient pas cohérents, qu'ils ne se complétaient pas et que le programme de soins n'était pas clair.

Le défaut de fournir des directives claires au personnel concernant les soins liés à l'incontinence et à la facilitation des selles pour la personne résidente a augmenté le risque de rater une possibilité d'amener la personne résidente à la toilette, ce qui pouvait minimiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente.

Sources : Entretiens avec le personnel, programme de soins et évaluation de la continence de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Selon l'évaluation de la personne résidente

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (2) 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.

Justification et résumé

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins fournis à 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

tels que décrits dans le programme de soins, soient fondés sur les besoins et les préférences de la personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente ne précisait pas sa préférence d'activités fondée sur la Leisure and Wellbeing - Assessment [Évaluation – Loisirs et bien-être].

L'aide à l'animation a admis que le programme de soins devait décrire les approches et la fréquence des activités, qui devraient avoir lieu une à deux fois par semaine. Les activités préférées de la personne résidente doivent être inscrites dans son programme de soins. L'aide à l'animation a vérifié que le programme de soins actuel ne précisait pas clairement les activités particulières que la personne résidente apprécie.

Le défaut de préciser les activités préférées de la personne résidente dans son programme de soins pourrait mener à un manque de participation aux activités qui sont essentielles au bien-être psychosocial.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, évaluation et entretiens avec l'aide à l'animation.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un mandataire spécial ou une mandataire spéciale ait eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

Justification et résumé

A) Le mandataire spécial de la personne résidente a reçu un avis de résultat de test dont il n'était pas au courant. Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a affirmé que le mandataire spécial n'avait pas reçu d'explication complète de ce qu'impliquait cet examen. Par conséquent, il ne savait pas que le test était effectué et n'a pas participé au processus de prise de décision.

Le fait de ne pas fournir au mandataire spécial la possibilité de participer au programme de soins de la personne résidente a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir des soins qui reflètent ses besoins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le DASI. [000766]

Justification et résumé

B) Un membre du personnel a affirmé avoir terminé l'admission de la personne résidente sans avoir survolé les directives médicales. Un autre membre du personnel, qui a effectué la première vérification pour traiter les ordonnances, n'a pas survolé les directives médicales.

Le défaut de survoler les directives médicales à l'admission a mis la personne résidente à risque de recevoir des ordonnances sans en connaître l'usage prévu.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel et le DSI.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, 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 de la personne résidente soient fournis à cette dernière, comme l'indique son programme en ce qui concerne les soins liés à la continence.

Justification et résumé :

Un examen du programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin de deux membres du personnel pour recevoir de l'aide physique afin de se nettoyer et de changer son produit pour l'incontinence.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a relevé que la personne résidente était capable de se changer seule, alors qu'une autre a indiqué que l'aide d'une personne était nécessaire.

Le foyer n'a pas respecté le programme de soins de la personne résidente afin de fournir l'aide de deux membres du personnel pour nettoyer la personne résidente et changer son produit pour l'incontinence.

Sources : entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins pour une personne résidente soit documentée.

Justification et résumé

Les documents de la personne résidente ont été révisés une journée de février 2024, lorsqu'un incident particulier s'est produit. Tous les documents étaient manquants et n'ont pas été remplis pour cette date.

Le défaut de s'assurer que la prestation des soins pour la personne résidente était documentée comportait le risque que les documents soient inexacts ou incomplets.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec l'ancien DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

par. 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 :

- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la réévaluation d'une personne résidente et à l'examen du programme de soins lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

Un examen du programme de soins de la personne résidente indiquait que la personne résidente avait besoin d'un membre du personnel pour une aide d'ordre physique complète pour se déplacer dans l'unité à l'aide de son fauteuil roulant afin de se rendre à destination (c.-à-d. sa chambre et la salle à manger).

Un jour de juillet 2024, la personne résidente a été observée dans son fauteuil roulant, se propulsant elle-même vers la salle à manger.

Les entretiens avec deux personnes préposées aux services de soutien personnel et l'infirmière auxiliaire autorisée ont révélé que la personne résidente était capable de se déplacer par elle-même, ce qui contredisait les suggestions du programme de soins. Cette discordance suggère que le programme de soins n'a pas été mis à jour pour refléter la situation actuelle de la personne résidente en matière de mobilité.

L'absence de réévaluation et de mise à jour du programme de soins pour répondre aux besoins de la personne résidente en matière de mobilité peut avoir contribué à ce que des soins inopportuns soient fournis à la personne résidente.

Sources : Entretiens avec le personnel, examen du programme de soins, observations.

AVIS ÉCRIT : Consentement

Problème de conformité n° 013 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 7 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Consentement

Art. 7 La présente loi n'a pas pour effet d'autoriser un titulaire de permis à évaluer les besoins d'un résident ou à fournir des soins ou des services à un résident sans le consentement de ce dernier.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins ou les services soient fournis à la personne résidente avec son consentement ou celui de son mandataire spécial ou de sa mandataire spéciale.

Justification et résumé

À une date déterminée, une ordonnance d'ajustement de médicament pour une personne résidente a été émise avant de consulter le mandataire spécial de la personne résidente. Après que l'ordonnance ait été écrite, le fait que le mandataire spécial avait refusé les ajustements suggérés a été consigné. Le foyer a utilisé un stylo numérique pour l'ordonnance, ce que l'a envoyée à la pharmacie en vue d'être traitée. Le DSI a affirmé qu'il y a eu un délai dans la confirmation de la nouvelle ordonnance, ce qui fait que l'ordonnance précédente a cessé et que la nouvelle est demeurée en attente. Par conséquent, la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments pendant quatre jours.

Le défaut d'obtenir le consentement avant d'envoyer l'ordonnance a fait en sorte que le régime de médicaments de la personne résidente a été interrompu.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, et entretiens avec le médecin, le personnel et le DSI.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes—

Problème de conformité n° 014 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect de la disposition : 26 (1) c) de la LRSLD (2021).

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Par. 26(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur dès sa réception une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente de la manière énoncée dans les règlements.

Justification et résumé

Un jour d'avril 2024, le mandataire spécial d'une personne résidente a présenté une plainte écrite par courriel à l'équipe de gestion. Aucun SIC n'a été soumis au directeur.

Sources : Courriel du plaignant, rapports du SIC, et entretiens avec le DG.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 015 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Par. 54(1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre de stratégies pour réduire ou atténuer les chutes, comme consigner dans le programme de soins la tendance d'une personne résidente à se transférer seule sur la toilette, ainsi que la surveillance d'une autre personne résidente.

Justification et résumé :

A) L'évaluation de risque de chutes réalisée en février 2024 et le programme de soins pour la personne résidente indiquaient qu'elle était à risque élevé de chutes.

Quatre personnes préposées aux services de soutien personnel ont confirmé qu'une personne résidente se transférait seule sur la toilette. Il n'y avait toutefois pas de directives dans le programme de soins de la personne résidente pour alerter le personnel de la propension de la personne résidente à se transférer seule à la toilette.

Le directeur des soins infirmiers a admis que le transfert non supervisé à la toilette exposait la personne résidente à un risque de chute et que le programme de soins ne relevait pas cette tendance, qui aurait dû y être incluse.

Le défaut de documenter la tendance de la personne résidente à se transférer seule à la toilette posait un risque qu'une blessure se produise, ce qui peut avoir contribué au manque de mesures de soins mises en œuvre.

Sources : Entretiens avec le personnel, programme de soins de la personne résidente et évaluation du risque de chute.

Justification et résumé

B) Un jour de mars 2024, une personne résidente faisait preuve de comportements réactifs tôt le matin; un code blanc a été déclenché. Aucun suivi du DSI n'a été effectué pour saisir les comportements de la personne résidente tout au long de la journée.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que la personne résidente avait des tendances accrues à tenter de marcher seule lorsqu'elle était agitée.

Un jour en fin d'après-midi, la personne résidente s'est levée de son fauteuil roulant et a marché vers la porte de sortie. Aucun membre du personnel n'est venu s'occuper de la personne lorsque l'alarme du fauteuil a sonné.

La personne résidente est tombée près de la porte de sortie et a immédiatement été envoyée à l'hôpital parce qu'elle se plaignait de douleurs.

Les lacunes concernant la mise en œuvre des stratégies de prévention des chutes peuvent avoir contribué à la chute et à l'admission à l'hôpital.

Sources : Entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente; horaire du personnel

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 016 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

par. 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le foyer n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce que 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

personne résidente soit évaluée et qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'une évaluation postérieure à la chute est effectuée dans les 24 heures après une chute.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer « Falls Assessment Procedure » [Procédure d'évaluation des chutes], dernière révision en octobre 2023.

Justification et résumé

Un jour de mars 2024, une personne résidente a subi une chute sans témoin et a été envoyée à l'hôpital.

La politique du foyer intitulée « Falls Assessment Procedure » [Procédure d'évaluation des chutes], dernière révision en octobre 2023 indiquait que « l'évaluation postérieure à la chute doit être effectuée dans le 24 heures suivant la chute et fournie au directeur des soins infirmiers à des fins de révision dans le dossier électronique. L'évaluation postérieure à la chute effectuée doit être conservée dans le dossier clinique électronique de la personne résidente. » [traduction]

La chute qui s'est produite à cette date en mars 2024 n'a pas été suivie d'une évaluation postérieure à la chute. Le directeur des soins infirmiers par intérim a admis cette négligence. L'omission de ne pas effectuer d'évaluation postérieure à la chute a mis la personne résidente à risque de ne pas avoir d'évaluation complète remplie afin de cerner les facteurs contributifs qui ont conduit à la chute.

Sources : La politique du foyer intitulée « the falls assessment procedure » [Procédure d'évaluation des chutes], dernière révision en octobre 2023, entretien avec le directeur des soins infirmiers par intérim, dossiers cliniques de la 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 017 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 57(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

Par. 57(1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur du foyer prévoie des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que soit respecté le programme de gestion de la douleur du foyer, qui prévoit des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique intitulée « Pain Assessment Policy » [Politique sur l'évaluation de la douleur], d'octobre 2023, qui exige que les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques soient envisagées lorsqu'une personne résidente éprouve de la douleur.

Justification et résumé

Une personne résidente est tombée et une évaluation subséquente de la douleur constatait une nouvelle cote de douleur modérée postérieure à la chute. Aucun médicament PRN (au

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

besoin) ni aucune intervention non pharmacologique n'ont été utilisés.

Le défaut de respecter le programme de gestion de la douleur du foyer a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir d'interventions de soulagement de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer sur l'évaluation de la douleur, et entretiens avec le personnel et le DSI.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 018 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Gestion de la douleur

Par. 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 personne résidente soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, les instructions de la politique exigeaient qu'une évaluation de la douleur soit effectuée en cas d'incident.

En décembre 2023, une personne résidente est tombée, ce qui a causé des contusions et un hématome. La personne résidente a signalé une douleur à la main et a demandé un analgésique pour soulager 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'infirmière autorisée a confirmé que le protocole rend obligatoire l'évaluation de la douleur lorsque la douleur est reconnue. Le directeur des soins infirmiers a indiqué qu'une évaluation de la douleur est requise dès qu'il y a un changement dans l'état d'une personne résidente, le signalement d'une douleur, immédiatement après une chute ou pour des évaluations plus approfondies. Le DSI a insisté sur le fait qu'une évaluation complète de la douleur est essentielle dans ces situations.

Plus précisément, une évaluation de la douleur n'a pas eu lieu pendant deux jours après la chute d'une personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, programme de gestion de la douleur, entretiens avec le DSI et l'IA.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 019 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 58(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Par. 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

4. Des protocoles permettant de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient mis en œuvre des protocoles permettant de diriger les personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs vers des ressources spécialisées.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à diriger une personne résidente vers l'équipe ontarienne de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) en cas d'historique ou de risque de comportements réactifs et de manifestations personnelles.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer « Supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision en octobre 2023.

Justification et résumé

La politique de l'unité de soutien aux troubles du comportement (USTC) intitulée « Supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision en octobre 2023, indiquait : « une évaluation complète du comportement doit être effectuée pour chaque personne résidente au moment de son admission. S'il est déterminé qu'il y a un historique ou un risque de comportements réactifs ou de manifestations personnelles, le processus pour diriger la personne vers l'équipe d'OSTC sera enclenché. » [traduction]

Le directeur adjoint des soins infirmiers par intérim a déclaré que le processus pour diriger des personnes résidentes vers l'OSTC n'a été entrepris pour aucune des personnes résidentes qui étaient dans l'USTC, y compris une personne résidente présentant un historique et un risque de comportements réactifs et de manifestations personnelles à son admission au foyer.

L'infirmière autorisée (IA) a déclaré être incertaine du processus pour diriger une personne vers l'OSTC et a confirmé que le responsable de l'OSTC était activement impliqué dans les soins des personnes résidentes au sein de l'USTC.

La procédure décrite dans la politique de l'USTC du foyer pour permettre de diriger vers l'OSTC les personnes résidentes qui présentent des comportements réactifs ou des manifestations personnelles n'était pas respectée par le titulaire de permis.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : La politique du foyer intitulée « Supporting a resident with responsive behaviors » [Soutenir un résident aux comportements réactifs], dernière révision en octobre 2023, entretien avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Services de thérapeutique

Problème de conformité n° 020 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 65 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Services de thérapeutique

Art. 65. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient organisés à l'intention des résidents du foyer ou fournis à ceux-ci, en application de l'article 13 de la Loi, des services de thérapeutique qui comprennent ce qui suit :

- (a) la physiothérapie fournie sur les lieux aux résidents sur une base individuelle ou en groupe, compte tenu de leurs besoins évalués en matière de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive la physiothérapie fournie sur les lieux conformément à ses besoins évalués et cernés en matière de soins.

Justification et résumé

La personne résidente a été évaluée par un physiothérapeute en juillet 2024 et il lui a été recommandé de recevoir de la thérapie trois fois par semaine.

L'examen de la participation mensuelle pour les séances de thérapie en juillet 2024 indiquait que la personne résidente n'avait pas reçu la thérapie à quatre moments. L'assistant en physiothérapie a confirmé que même s'il était prévu que la personne résidente reçoive trois séances par semaine, elle n'en avait reçu aucune pendant une semaine de juillet 2024, contrairement à la recommandation du physiothérapeute.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'impact a été minimal pour la personne résidente; il y avait toutefois un risque si les besoins évalués de la personne résidente n'étaient pas satisfaits.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, description de poste du ou de la physiothérapeute de soutien, fiche de participation de la personne résidente en juillet 2024 et entretiens avec la personne résidente, le physiothérapeute et l'assistant en physiothérapie.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Problème de conformité n° 021 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 74(2)b du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Par. 74(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

- (b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme du service de diététique comprenne le recensement des risques liés aux services de diététique.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée « Served Food Temperature » [Température de service de la nourriture], dernière révision en janvier 2022, qui indiquait que l'aide alimentaire devait effectuer une vérification de la température pour s'assurer que les éléments maintenaient leur température au milieu du service de repas. La température et l'heure devaient être consignées dans le formulaire de vérification de la température de service.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

L'examen des formulaires de température de service pour une aire du foyer en juillet 2024 a montré une seule vérification de la température pour chaque repas.

Les formulaires ne comportaient pas de deuxième vérification de la température, au milieu du service, puisqu'il n'y avait pas d'espace fourni dans le formulaire de température de service pour consigner cette valeur. Ce fait a été admis par le directeur des services diététiques.

L'inspecteur est entré dans l'aire de service de la salle à manger pendant l'heure du dîner, où une aide alimentaire préparait une assiette de hot-dog avec une salade en accompagnement pour une personne résidente. À ce moment-là, l'inspecteur a utilisé un thermomètre pour vérifier la température du hot-dog, qui enregistrait une lecture reconnue par l'aide alimentaire.

L'omission d'effectuer et de consigner une vérification de la température au milieu du service de repas augmentait le risque que de la nourriture dangereuse et non appétissante soit servie aux personnes résidentes.

Sources : Entretien avec le personnel, observations, formulaire de température de service située dans l'aire de service, « Servery Food Temperature » [Température de service de la nourriture], dernière révision en janvier 2022.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Problème de conformité n° 022 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 74 (2) e) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Par. 74(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

- e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque résident :
 - (i) son poids à son admission et tous les mois par la suite.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre un système de surveillance du poids pour mesurer le poids d'une personne résidente chaque mois.

Justification et résumé

Une personne résidente a été admise au foyer en décembre 2023. Son poids à l'admission a été mesuré et consigné.

En janvier et février 2024, aucun poids n'a été consigné pour la personne résidente. Tout au long de janvier et février, la personne résidente a souvent refusé de manger ou de boire.

Le défaut de veiller à ce que le poids de la personne résidente soit mesuré et consigné a mis la personne résidente à risque d'un possible changement de poids non détecté.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretien avec l'ancien DSI

AVIS ÉCRIT : Directives et ordonnances médicales individualisées

Problème de conformité n° 023 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : 87 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Directives et ordonnances médicales individualisées

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Art. 87. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucune directive ou ordonnance médicale ne soit suivie à l'égard d'un résident, à moins qu'elle ne soit individualisée pour tenir compte de l'état et des besoins du résident.

Justification et résumé

La politique du foyer concernant MediSystem, datée de décembre 2023, indiquait que les ordonnances de médicaments doivent comporter les heures de doses précises d'un médicament.

Une personne résidente s'est fait prescrire un médicament qu'elle prenait avant son admission. À l'admission, le médicament a été prescrit sans heure de doses précise. Le pharmacien autorisé (Ph. A.) a affirmé que comme l'heure de doses n'était pas fournie à l'admission, une heure par défaut a été utilisée. L'heure par défaut utilisée pour l'ordonnance était différente de celle à laquelle la personne résidente prenait son médicament avant l'admission. Le médecin a affirmé qu'il n'avait pas inclus d'heure précise; toutefois, les ordonnances de médicament devraient être individualisées à chaque personne résidente, y compris les heures d'administration.

Le défaut de fournir une heure d'administration précise pour un médicament a mis la personne résidente à risque que ses ordonnances ne soient pas individualisées pour répondre à ses besoins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer sur MediSystem, et entretiens avec le Ph. A. et le médecin.

**AVIS ÉCRIT : 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 024 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 102(9)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102(9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

(b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à que les symptômes d'infection des personnes résidentes identifiées sur la liste des cas du foyer soient consignés au cours de chaque quart de travail, tel que requis.

Justification et résumé

Pendant une éclosion déclarée en mai 2024, quatre personnes résidentes ont été inscrites comme présentant des symptômes respiratoires. Il y a eu plusieurs quarts de travail pendant lesquels les documents relatifs à la surveillance des symptômes dans les notes d'évolutions étaient manquants.

Le fait de ne pas consigner les symptômes des personnes résidentes de manière continue présentait un risque que les symptômes des personnes résidentes ne soient pas traités comme requis.

Sources : Notes d'évolution des personnes résidentes : liste des cas d'éclosion, surveillance du foyer et politique sur les rapports, et entretien avec le responsable de la PCI.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 – Obligation de protéger

Problème de conformité n° 025 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 24 (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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Obligation de protéger

Par. 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'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- Rééduquer les PSSP de l'étage précisé concernant toute politique connexe afin de suivre les directives fournies par le personnel autorisé;
- Éduquer tous les directeurs adjoints des soins infirmiers (DASI) sur la procédure d'enquête interne du foyer après des incidents de mauvais traitements allégués;
- Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée d'un mauvais traitement par un membre du personnel et n'a pas veillé à protéger une personne résidente d'un mauvais traitement par une autre personne résidente.

L'article 2 du Règlement de l'Ontario (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'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre sexuel comme des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont une personne résidente est victime de la part d'un titulaire de

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

permis ou d'un membre du personnel.

Justification et résumé

A) Pendant le mois de mars, un membre du personnel chargé des soins directs a coupé les ongles d'orteils d'une personne résidente après avoir reçu la consigne par l'IAA de ne pas les couper. L'IAA voulait plutôt diriger la personne résidente vers un podologue. Deux ongles ont été coupés trop près de la peau, causant un saignement.

La personne résidente n'a pas signalé de douleur et il n'y a eu aucune autre préoccupation concernant de la douleur ou une infection.

Le défaut de veiller à ce que la personne résidente soit protégée contre un mauvais traitement a engendré une blessure d'ordre physique.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, et entretien avec une IAA

Justification et résumé

B) Il y a eu deux incidents, un en février 2024 et l'autre en mars 2024, lors desquels une personne résidente a été découverte dans une position sexuellement inappropriée.

Le personnel est intervenu et a séparé les personnes résidentes. L'une d'elles a toutefois manifesté des comportements réactifs. Après l'incident, la personne résidente affectée ou maltraitée a été relocalisée dans une autre aire du foyer pour la nuit et placée en supervision seul à seul.

Il n'y avait pas d'autres protections en place. L'enquête interne du foyer n'est pas parvenue à fournir une description exacte des événements et le rapport au ministère des Soins de longue durée (MSLD) comportait des erreurs.

Les policiers ont été appelés pour de l'aide après un deuxième incident avec la personne résidente accusée, qui manifestait des comportements réactifs ingérables envers le personnel. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital et a été transférée dans une

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

autre partie du foyer à son retour au foyer. Cependant, il n'y a pas eu d'enquête interne.

La sécurité et le bien-être d'une personne résidente étaient à risque lorsque le titulaire de permis ne s'est pas assuré d'évaluer les comportements réactifs d'une autre personne résidente et de mettre en œuvre des interventions précises.

Sources : Notes d'évolution et programmes de soins des deux personnes résidentes, IC 3067-000018-24, entretiens avec les PSSP, l'IAA, l'IA et l'ancien DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 026 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- Éduquer toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel et les membres du personnel autorisé afin de préciser les rôles et responsabilités lorsqu'il

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

y un soupçon ou une allégation de mauvais traitement ou de négligence, y compris notamment concernant leur obligation de faire rapport au directeur dans certains cas;

- Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport immédiatement au directeur sur les mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou sur la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Justification et résumé

A) Une personne résidente avait un historique de comportements réactifs, ce qui comprenait des réactions d'ordres physique et verbal face au personnel et aux autres personnes résidentes.

En mars 2024, une personne résidente a physiquement agressé une autre personne résidente en attrapant le dos de son chandail et en la tirant vers le bas, ce qui en fait en sorte que la tête de la victime a heurté le sol.

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis par le foyer en mars 2024. Le foyer n'a pas communiqué avec la ligne d'information de garde.

L'infirmière autorisée (IA) qui travaillait au moment de l'incident a signalé l'incident à l'infirmière responsable. L'infirmière responsable supposait que l'infirmière autorisée était responsable de faire rapport au directeur et l'infirmière autorisée pensait que c'était la responsabilité de l'infirmière responsable. Les rôles concernant le rapport au directeur n'étaient pas clairs.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le fait de ne pas faire rapport au directeur de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente envers une autre immédiatement a mis cette autre personne résidente à risque de subir d'autres préjudices ou mauvais traitements.

Sources : Examen de l'IC n° : 3067-000029-24, entretiens avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente.

Justification et résumé

B) En mars 2024, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a conseillé à un membre du personnel chargé des soins directs de ne pas tailler les ongles d'orteils d'une personne résidente, indiquant que cette personne serait dirigée vers un podologue. Malgré cela, le membre du personnel a poursuivi la coupe des ongles, causant une blessure à la personne résidente. Aucun rapport de l'incident n'a été fait au directeur par le système de rapports d'IC ou par la ligne Action de garde du Ministère.

L'IAA a affirmé qu'elle ne connaissait pas la ligne Action de garde du Ministère et a informé le personnel du quart de travail suivant.

Le défaut de s'assurer de faire immédiatement rapport au directeur d'un incident de mauvais traitement a mis la personne résidente à risque de subir d'autres préjudices ou mauvais traitements.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, système de rapport d'IC et entretien avec l'IAA.

Justification et résumé

Le foyer a soumis un rapport d'IC au ministère des Soins de longue durée le 21 février 2024 pour un incident de mauvais traitement allégué ou avec témoins qui s'est produit le 18 février 2024. La ligne Action de garde du Ministère a été appelée le 19 février 2024 à 0802 heures, soit plus de 12 heures après que l'incident ce soit produit.

Le foyer était incapable d'expliquer pourquoi il n'avait pas fait rapport de 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

immédiatement.

Le défaut de s'assurer de faire rapport immédiatement au directeur d'un incident de mauvais traitement a mis la personne résidente à risque de subir d'autres préjudices ou mauvais traitements.

Sources : IC : 3067-000018-24, ligne d'information : IL-0123276-AH, entretien avec l'ancien DSI.

Justification et résumé

C) Il y a eu un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel allégué ou avec témoins entre deux personnes résidentes. La ligne Action de garde du Ministère n'a pas été jointe pour faire rapport de cet incident. Le foyer a soumis un rapport d'IC au ministère des Soins de longue durée pour un incident distinct impliquant les deux mêmes personnes résidentes qui s'est produit à une autre date et a ajouté le second incident dans le rapport d'IC. Le rapport d'IC a été soumis deux jours après que le second incident se soit produit.

Le foyer a affirmé que le second incident était considéré comme la continuité du premier et c'est la raison pour laquelle il a été ajouté à l'IC initial.

Le défaut de s'assurer de faire rapport immédiatement au directeur d'un incident de mauvais traitement a mis la personne résidente à risque de subir d'autres préjudices ou mauvais traitements.

Sources : IC : 3067-000018-24, et entretien avec l'ancien DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 25 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 003 Formation

Problème de conformité n° 027 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect de la disposition : 82 (2) 3 de la LRSLD (2021).

Formation

Par. 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- Éduquer toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel et tous les membres du personnel autorisé, y compris les directeurs adjoints des soins infirmiers, concernant la politique du foyer sur la tolérance zéro des mauvais traitements ainsi que la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois membres du personnel soient formés au sujet de la politique du foyer qui fait la promotion de la tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence envers les personnes résidentes.

Justification et résumé

Pendant l'inspection, il a été relevé que le personnel n'avait pas immédiatement fait rapport d'incidents de mauvais traitements. Les dossiers de formation ont été examinés et il a été relevé que trois membres du personnel n'avaient pas suivi la formation sur les politiques 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Le défaut de veiller à ce que le personnel reçoive la formation au sujet de la politique sur la tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence a mis les personnes résidentes à risque que le personnel ne reconnaisse pas les incidents de mauvais traitements.

Sources : Dossiers de formation, entretien avec le directeur général (DG).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

8 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 004 Formation

Problème de conformité n° 028 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 82 (2) 4 de la LRSLD (2021).

Formation

Par. 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- Éduquer toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel et tous les membres du personnel autorisé, y compris les directeurs adjoints des soins infirmiers, concernant l'obligation de faire rapport pour les incidents de mauvais traitements et de 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois membres du personnel soient formés au sujet de l'obligation de faire rapport, comme l'exige l'article 28.

Justification et résumé

Pendant l'inspection, il a été relevé que le personnel n'avait pas fait rapport immédiatement, voire pas du tout, d'incidents de mauvais traitements. Les dossiers de formation ont été examinés et il a été relevé que trois membres du personnel n'avaient pas suivi la formation sur l'obligation de faire rapport.

Le défaut de veiller à ce que le personnel reçoive cette formation a mis les personnes résidentes à risque de subir d'autres préjudices ou mauvais traitements.

Sources : Dossiers de formation, entretien avec le DG.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 8 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 005 Comportements réactifs

Problème de conformité n° 029 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

(c) des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité
[al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit :

- Créer (ou mettre à jour) et mettre en œuvre le processus du foyer concernant l'examen de la réalisation du système d'observation de la démence (SOD) pour s'assurer que le personnel entreprend la surveillance et l'accomplisse dans les délais prescrits;
- Éduquer toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel et tous les membres du personnel autorisé au sujet de leurs responsabilités à accomplir et à documenter la surveillance du SOD;
- Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'achèvement et à la documentation de la surveillance du comportement pour deux personnes résidentes en utilisant le système d'observation de la démence (SOD) du foyer.

Justification et résumé

A) Le directeur adjoint des soins infirmiers (ADOC) a demandé que les documents de la fiche de collecte de données du SOD de l'OSTC soit amorcés pour une personne résidente en mars 2024, après un incident de comportements réactifs qui a engendré un code blanc. Toutefois, ces documents n'ont ni été amorcés ni remplis, un fait que le DASI a admis.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le fait de ne pas amorcer ni remplir la fiche de collecte de données du SOD-OSTC pour la surveillance du comportement pourrait risquer de ne pas identifier, évaluer ou intervenir de façon appropriée par rapport aux comportements réactifs lorsqu'ils ne sont pas surveillés.

Sources : Formulaire du SOD-OSTC de la personne résidente, entretien avec le DASI, notes d'évolution, dossiers cliniques de la personne résidente.

Justification et résumé

B) Le SOD a été amorcé pour une personne résidente après un incident en février 2024. La fiche de collecte de données du SOD de la personne résidente n'a pas pu être trouvée dans ses dossiers et le foyer était incapable de la localiser.

Le défaut de veiller à ce que la fiche de collecte des données du SOD soit remplie posait un risque que les comportements réactifs de la personne résidente, qui pouvaient nécessiter un suivi, ne soient pas identifiés.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le directeur général (DG).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 25 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 006 Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 030 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés,

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

détruits et éliminés de façon rigoureuse.

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité
[al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit :

1. Éduquer tous les membres du personnel infirmier autorisé concernant la politique du foyer sur la gestion des médicaments, en particulier les sujets suivants : bilan des médicaments à l'admission, processus et procédure sur l'usage du stylo numérique, contenu des formulaires d'ordonnances numériques du prescripteur, processus et procédure, et administration des médicaments;
2. Conserver des dossiers sur la formation fournie, y compris : les documents utilisés pour la formation, la manière dont la formation a été fournie, les signatures des membres du personnel indiquant que la formation a été suivie, et la ou les dates auxquelles la formation a été suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments pour deux personnes résidentes.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que soient respectés les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur MediSystem, datant de décembre 2023, qui a été incluse dans le programme de gestion des médicaments du foyer.

Justification et résumé

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

A) Pendant le mois de mars, un ajustement de médicament pour une personne résidente a été soumis à la pharmacie à l'aide d'un stylo numérique. L'ordonnance précédente a été annulée et la nouvelle ordonnance est demeurée en suspens jusqu'à la réception de la conformation à une date ultérieure. Pendant ce temps, la vérification initiale des soins infirmiers n'a pas été remplie, ce qui a fait que la personne résidente n'a pas reçu de médicament pendant trois jours.

Le défaut d'effectuer la première vérification des soins infirmiers a fait en sorte que le régime de médicaments de la personne résidente a été interrompu.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur MediSystem, et entretiens avec le DSI et le personnel.

Justification et résumé

Une ordonnance identifiée pour une personne résidente dans les formulaires d'ordonnance numériques du prescripteur utilisait un stylo régulier après que l'ordonnance numérique originale ait été traitée dans le système sans identifier si le formulaire avait été télécopié ou non par la suite. Le DSI a affirmé qu'en raison de l'utilisation du stylo régulier, l'ordonnance d'un aiguillage a été retardée et a nécessité une nouvelle ordonnance.

L'omission d'utiliser le stylo numérique a mis la personne résidente à risque que les ordonnances et les aiguillages soient retardés.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; Polices and Procedures Manual for MediSystem Serviced Homes [manuel sur les politiques et procédures pour les foyers desservis par MediSystem], et entretien avec le personnel et le DSI.

Justification et résumé

B) Les formulaires d'ordonnances numériques du prescripteur pour une personne résidente démontraient plusieurs entrées d'ordonnances avec des informations manquantes, notamment : la date et l'heure auxquelles l'ordonnance a été rédigée, les heures de dosage précises et la date de début déterminée, ainsi que la signature et le numéro de permis du prescripteur.

Le défaut d'inclure tous les éléments requis dans l'ordonnance a mis la personne résidente 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

risque de ne pas recevoir ses médicaments tel que prescrit.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, Politiques and Procedures : Manual for MediSystem Serviced Homes [Politiques et procédures : manuel pour les foyers desservis par MediSystem], et entretien avec le Ph. A., le médecin et le DSI.

Justification et résumé

C) Un membre du personnel a rempli le formulaire du bilan des médicaments à l'admission pour une personne résidente. Le formulaire indiquait qu'une source avait été utilisée pour effectuer l'historique des médicaments de la personne résidente. Plusieurs ordonnances de médicaments n'ont pas été remplies.

L'omission d'utiliser un minimum de deux sources a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir les bons médicaments.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, Politiques and Procedures : Manual for MediSystem Serviced Homes Politiques et procédures : manuel pour les foyers desservis par MediSystem, politique du foyer sur le bilan des médicaments et entretien avec le Ph. A. et le personnel.

Justification et résumé

D) En juillet 2024, un comprimé a été observé sur le sol de la chambre d'une personne résidente.

Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a admis que la personne résidente pourrait avoir craché le comprimé et que le personnel aurait dû s'assurer que la personne résidente l'avale.

Le manuel du foyer pour les foyers desservis par MediSystem, datant de décembre 2023, aux termes de l'article 19 sur l'administration des médicaments, indiquait : « Administrer les médicaments à la personne résidente en s'assurant que tous les médicaments oraux ont été avalés » [traduction].

Le défaut de veiller à ce que la politique du foyer soit respectée pour l'administration 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

médicaments a mis la personne résidente à risque de préjudice.

Sources : Observations, entretien avec le DASI, politique du foyer sur MediSystem.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 25 septembre 2024

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 commercial 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) 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 : MSLD.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;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 suivants 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 la 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 du ministère des Soins de
longue durée
438, avenue University 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MSLD.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.