

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 2 mai 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1235-0001

**Type d'inspection :** Plainte — incident critique

**Titulaire de permis :** Grace Villa Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Grace Villa Nursing Home, Hamilton

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Waseema Khan (741104)

**Signature numérique de  
l'inspectrice/Signature numérique de  
l'inspecteur**

Waseema Khan

Signé numériquement  
par Waseema Khan

Date : 2024.05.28 10:02:43 -  
04'00"

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Barbara Grohmann (720920)  
Lisa Vink (168)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : 15, 16, 17, 18, 19, 22,  
23, 24 avril 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 22 avril 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte/incident : N° 00112515 – Plainte avec inquiétudes au sujet de la dotation en personnel
- Plainte/incident : N°00109787 – Plainte avec inquiétudes au sujet d'allégations de négligence envers une personne résidente.

Les inspections sur cet incident critique concernaient :

- Plainte/incident : N°00103229 – Incident critique (IC)  
N°2741-000062-23 – relative à des allégations de maltraitance 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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

- Plainte/incident : N°00103895 – Incident critique (IC)  
N°2741-000062-23 – relative à la prévention et à la gestion des chutes. .
- Plainte/incident : N°00107351 – Incident critique (IC)  
N°2741-000004-24 – relative à la prévention et à la gestion des chutes.
- Plainte/incident : N°00109008 – Incident critique (IC)  
N°2741-000062-24 – relative à la prévention et à la gestion des chutes;
- Plainte/incident : N°00109659 – Incident critique (IC)  
N°2741-000008-24 – relative à la prévention et à la gestion des chutes;
- Plainte/incident : N°00109881 – Incident critique (IC)  
N°2741-000009-24 – relative à la prévention et à la gestion des chutes;

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care)  
Rapports et plaintes (Reporting and Complaints)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Programme de soins

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

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

(c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de soin contienne des instructions claires pour le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait besoin de l'aide totale de deux membres du personnel ou plus pour répondre à ses besoins en matière de soins.

Le personnel de première ligne fait appel au fichier à kardex, qui fait partie du plan de soins, pour obtenir les informations nécessaires à la prestation des soins aux personnes résidentes.

Un examen du plan de soins et du fichier à kardex à ce moment-là a montré que pour les soins personnels des résidents, ceux-ci avaient besoin d'une personne pour les aider physiquement, avec une supervision et une assistance limitée.

Selon le personnel de la maison de soins de longue durée, le plan de soins n'était pas clair pour le personnel.

Le ou la directeur(trice) général(e) (DG) et le ou la DASI ont reconnu l'importance de mettre à jour le plan de soins/le fichier à kardex lorsque les besoins en soins du résident ont changé.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le ou la DG, le ou la DASI, le coordonnateur(rice) du RAI et d'autres membres du personnel. [720920]

**AVIS ÉCRIT : Soins et services**

Problème de conformité n° 002 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 11(3)**

Services infirmiers et services de soutien personnel

s. 11 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un ou une IA soit en poste et présente au foyer en tout temps.

**Justification et résumé**

Le coordonnateur des Services aux employés a précisé qu'il avait préparé les horaires en avance et laissé des copies à chaque étage pour que les IA puissent faire les mises à jour s'il y a du personnel malade ou qui ne se présente pas au travail. L'emploi du temps du personnel pour un jour de mars 2024 indiquait que pendant le quart de jour (6 h 30 à 14 h 30), une IA devait être l'infirmière responsable du bâtiment et qu'une IA devait travailler au troisième étage.

L'horaire mis à jour montrait que les deux mentions IA étaient rayées et que l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) était indiquée comme « infirmière responsable » du bâtiment. Les formulaires de signalement des absences des employés précisaient que les deux infirmières autorisées étaient absentes de leur poste de jour pendant une journée en mars 2024, pour cause de maladie, sans qu'aucun membre du personnel n'ait été désigné comme étant leurs remplaçants.

L'IAA a vérifié qu'une IAA agissait comme « infirmière responsable » du bâtiment pendant le poste de jour et qu'il n'y avait aucune IA au foyer à ce moment-là, qu'elle provienne d'une agence ou de l'équipe de gestion. Le coordonnateur des Services aux employés a expliqué que bien que cette situation se soit produite, il ne s'agissait pas de la pratique privilégiée.

L'absence d'une IA de garde et au foyer en tout temps peut avoir entraîné des situations où le traitement et/ou les services ont été retardés parce que seule une infirmière était en mesure d'assurer ces services.

**Sources** : Horaire du personnel de mars 2024, formulaires de signalement des absences des employés; entretiens avec le personnel. [720920]

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 24(1)**

Obligation de protéger

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé à protéger la personne résidente de la maltraitance d'une autre personne résidente.

**Justification et résumé**

La définition de la maltraitance physique inclut l'utilisation de la force physique par une personne résidente qui cause des blessures physiques à une autre personne résidente. Un jour de décembre 2023, deux personnes résidentes ont été impliquées dans un incident comprenant une agression physique et verbale. Une personne résidente s'est blessée à la suite des actions d'une autre personne résidente. L'incapacité à protéger une personne résidente des abus de l'autre personne résidente a entraîné une blessure.

**Sources** : Examen de la gestion des risques, notes de progrès et évaluations des résidents, examen de la vidéo de l'incident, entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et d'autres membres du personnel. [168]

## AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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 : 35(3)d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel  
par. 35(3) Le plan de dotation en personnel doit :

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

(d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à produire un plan d'urgence approprié pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

**Justification et résumé**

La *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (La Loi), paragraphe 11 (3) précisait qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps.

Le plan d'urgence du foyer pour le personnel autorisé indique que s'il n'y a pas d'IA dans le bâtiment et qu'une IAA est responsable, le gestionnaire de garde doit être avisé et une infirmière auxiliaire de l'équipe de gestion des soins infirmiers doit être désignée pour que l'IAA puisse appeler et parler à une IA de l'équipe de gestion à tout moment au cours du quart de travail

La vérification de l'emploi du temps du personnel un jour de mars 2024 a montré que les deux IA s'étaient déclarées malades et avaient été remplacées par une infirmière diplômée d'État qui faisait office d'« infirmière responsable » pour l'équipe de jour (de 6 h 30 à 14 h 30).

Le coordonnateur des Services aux employés a expliqué qu'il ne s'agissait pas de la pratique privilégiée, mais qu'elle s'était produite. L'IAA a vérifié que non seulement il n'y avait pas d'IA au foyer pendant le quart de jour lors de cette journée de mars 2024, mais qu'il y avait eu d'autres cas où une IAA avait été nommée responsable lorsque l'IA prévue s'était absentée pour cause de maladie, en particulier les fins de semaine.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

Le directeur général (DG) a également confirmé que le plan d'urgence fourni était en place à l'heure actuelle.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers soit conforme à la LRSLD peut avoir eu pour conséquence qu'au moins une infirmière autorisée n'était pas présente au foyer.

**Sources** : Horaire du personnel de mars 2024, formulaires de signalement des absences des employés, plan d'urgence pour le personnel inscrit (juin 2023); entretiens avec le DG et d'autres membres du personnel. [720920]t

## AVIS ÉCRIT : Programmes requis

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 : 53(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes obligatoires

s. 53 (2) Chaque programme doit, en plus de répondre aux exigences de l'article 34, prévoir des instruments d'évaluation et de réévaluation.

(b) Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53(2)).

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'obligation de fournir des instruments d'évaluation dans le cadre du programme d'évaluation de la douleur du foyer.

### **Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa article 11 (1) (b) du règlement de l'Ontario 246/22, le programme d'évaluation de la douleur du foyer ordonne au personnel infirmier d'évaluer la douleur des résidents à l'aide de l'échelle *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)* [Évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée] pour les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs.

L'IA a confirmé que lorsqu'une personne résidente exprimait une douleur, une évaluation de la douleur devait être réalisée et documentée dans Point Click Care (PCC). La personne résidente a ressenti une douleur au niveau de son membre à trois dates précises en février 2024; l'évaluation de la douleur n'a pas été effectuée.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

L'IA a vérifié qu'en cas de douleur, l'évaluation de la douleur doit être effectuée dans PCC.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté les exigences d'évaluation de la douleur avec les échelles PAINAD lorsque la personne résidente ressentait de la douleur.

Il y a eu un risque modéré de préjudice pour la personne résidente lorsque le personnel n'a pas respecté la politique du foyer.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, programme d'évaluation de la douleur, notes d'enquête du foyer, entretiens avec l'IA et l'IAA. [741104]

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)**

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 : 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

al. 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, les approches axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(1)).

Le titulaire de permis n'a pas respecté les normes de surveillance d'une personne résidente après qu'elle ait fait une chute sans témoin lors d'une journée de février 2024.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe un programme de prévention et de gestion des chutes qui prévoit des stratégies pour atténuer les chutes, y compris la surveillance des résidents, et qui doit être respecté.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique « Head Injury Routine » (HIR)(vérification de routine en cas de traumatisme crânien) incluse dans le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

**Justification et résumé**

La politique du foyer pour les vérifications de routine en cas de traumatisme crânien (HIR) demandait au personnel agréé de remplir une fiche de suivi neurologique dans Point Click Care (PCC) afin de surveiller les signes vitaux, la taille des pupilles, la réponse motrice, la réponse verbale et le niveau de conscience du résident, en suivant un calendrier spécifique. La politique spécifiait qu'après la fiche de suivi neurologique initiale, une fiche devait être remplie toutes les 15 minutes pendant une heure, toutes les 30 minutes pendant deux heures, toutes les heures pendant quatre heures, et une fois par équipe par trois équipes consécutives, pour un total de 32 heures.

La personne résidente a fait une chute sans témoin un jour de février 2024 à 12 h 50. Entre le moment où le résident a été découvert à 12 h 50 et 23 h 47, seules six fiches de suivi neurologique ont été remplies dans PCC. Après la première fiche de suivi neurologique, une deuxième a été remplie 25 minutes plus tard, et les quatre suivantes ont été remplies à deux heures d'intervalle.

Le DASI a expliqué l'importance de suivre le calendrier HIR tel que décrit dans la politique du foyer pour identifier tout changement dans l'état du résident lié à un éventuel traumatisme crânien après une chute dont personne n'a été témoin. Le DG a reconnu que les fiches de suivi neurologique remplies dans le PCC n'étaient pas conformes à la politique du foyer.

Le fait de ne pas remplir les fiches de suivi neurologique comme il se doit peut avoir conduit le personnel à ne pas relever les complications d'une chute sans témoin liée à un traumatisme crânien.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique HIR (vérification de routine en cas de traumatisme crânien) (janvier 2024); entretiens avec le DG, la DASI et d'autres membres du personnel. [720920]

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs (Responsive Behaviours)**

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 : 58(4)(c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

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

(c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, et les réévaluations sont documentées.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises pour répondre aux besoins du résident, y compris les évaluations et les interventions, ainsi que les réactions du résident aux interventions, soient documentées pour les résidents qui ont manifesté des comportements réactifs.

### **Justification et résumé**

Un jour de décembre 2023, un résident a été impliqué dans un incident au cours duquel il a fait preuve d'agressivité verbale et physique à l'égard d'un co-résident.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué qu'immédiatement après le signalement de l'incident, elle avait tenté de parler au résident, mais que celui-ci ne voulait ou ne pouvait répondre aux questions et que l'intervention du personnel de surveillance avait été mise en place.

L'IAA a confirmé qu'elle n'avait pas documenté son évaluation, ses interventions ou la réaction du résident.

Le fait de ne pas documenter les mesures prises pour répondre aux besoins du résident a donné lieu à des dossiers incomplets.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

**Sources** : Examen des notes de progrès et du rapport de gestion des risques pour le résident et entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée et d'autres membres du personnel. [168]

## **AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)**

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 : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 115(3) 4.**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à un résident une blessure pour laquelle il est transporté à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé, au plus tard un jour ouvrable après un incident qui a causé des blessures à deux résidents et qui a entraîné un changement important de son état de santé.

### **Justification et résumé**

**A.** Une personne résidente a fait deux chutes sans témoin en février 2024. Elle a été transportée à l'hôpital après une deuxième chute. Le lendemain, le foyer a été informé par l'hôpital que l'état de la personne résidente s'était considérablement détérioré après son admission à l'hôpital.

Le foyer a omis d'informer le directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

**B.** Lors d'une journée en février 2024, une personne résidente a fait une chute et a été transportée à l'hôpital. Le jour même de l'admission à l'hôpital, le médecin traitant de la personne résidente a informé le foyer que le patient allait devoir subir une intervention chirurgicale et que son état de santé s'était considérablement détérioré.

**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

**Hamilton District**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : (800) 461-7137

Le foyer a omis de signaler l'incident au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

L'absence d'envoi d'un IC dans les délais requis pourrait avoir empêché le directeur d'être informé de la situation et de prendre les mesures nécessaires.

**Sources** : Dossier clinique de la personne résidente; entretien avec le DG du foyer et d'autres membres du personnel. [720920]