

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 26 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1366-0002	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : The Village of Erin Meadows, Mississauga	
Inspectrice principale / Inspecteur principal Emmy Hartmann (748)	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices / Autres inspecteurs Barbara Grohmann (720920) Waseema Khan (741104) Lisa Bos (683)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 11 au 14 et du 17 au 19 juin 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00113684, était liée à un suivi d'un ordre de conformité (OC) en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 avril 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Demande n° 00113685, était liée à un suivi d'un OC en vertu de l'alinéa 96 (1) b), dont la date d'échéance de mise en conformité était le 8 mai 2024.
- Demande n° 00112722, était une plainte portant sur les soins aux personnes résidentes.
- Demande n° 00113582, était une plainte portant sur les soins aux personnes résidentes.
- Demande n° 00104188 [n° du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) : 2881-000052-23], était liée à une blessure de cause inconnue chez une personne résidente.
- Demande n° 00111740 [n° du SIC : 2881-000014-24], était liée à une allégation d'administration par le personnel d'un traitement à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.
- Demande n° 00112588 [n° du SIC : 2881-000017-24], était liée à une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Demande n° 00112747 [n° du SIC : 2881-000018-24], était liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente.
- Demande n° 00115734 [n° du SIC : 2881-000024-24], était liée à une blessure de cause inconnue chez une personne résidente.
- Demande n° 00115798 [n° du SIC : 2881-000025-24], était liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1366-0001 en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Waseema Khan (741104)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1366-0001 en vertu de l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Waseema Khan (741104)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

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

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRS LD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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;

L'indication focus sur les chutes d'un programme de soins d'une personne résidente précisait que le lit devait être placé à une hauteur permettant un transfert en toute sécurité. Dans une autre partie du programme de soins, le lit devait être dans la position la plus basse.

Les observations faites dans la chambre de la personne résidente ont montré que le lit n'était pas dans la position la plus basse. Une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a déclaré que le lit en position basse n'était pas sûr pour la personne résidente. La PSSP a reconnu que les différentes directives

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

pouvaient être source de confusion pour le personnel qui ne connaît pas bien la personne résidente.

Le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI a reconnu que les deux interventions prévues dans le programme de soins de la personne résidente étaient contradictoires et que la position la plus basse du lit n'était peut-être pas une hauteur de transfert sûre. Le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI a modifié le programme de soins de la personne résidente de façon à ce que les deux interventions soient cohérentes et appropriées pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; observations; entretiens avec le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI et d'autres membres du personnel. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 12 juin 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient documentés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Justification et résumé

Le médecin du foyer a rédigé une ordonnance pour que l'intervention d'une personne résidente soit effectuée une fois par semaine. Une infirmière a confirmé que les résultats de l'intervention n'étaient consignés que dans Point Click Care (PCC), auquel le médecin pouvait accéder pour déterminer l'efficacité de l'intervention.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a montré que, sur une période de 24 semaines, seuls six résultats de l'intervention figuraient dans PCC.

Le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que la documentation des résultats de l'intervention était manquante. Les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) signaient le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) pour indiquer que l'intervention avait été effectuée, mais le résultat de l'intervention n'était pas documenté. Le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que les IAA étaient censées indiquer chaque semaine que l'intervention avait été effectuée, ainsi que les résultats.

Le fait de ne pas documenter les résultats des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente peut avoir eu pour conséquence que le médecin n'était pas au courant de l'efficacité de l'intervention dans la gestion de son état.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer; entretiens avec le directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel. [720920]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 11 (1) b) de la *LRSLD* (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

b) un programme structuré de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués d'une personne résidente soit respecté.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer que lorsque la Loi exige que le titulaire du permis d'un foyer de soins de longue durée est tenu d'avoir, d'établir ou de mettre en place un programme, ce programme soit respecté.

Plus précisément, le foyer ne s'est pas conformé à sa politique en matière de services privés contractuels pour les personnes résidentes, qui fait partie du programme de services de soutien personnel et qui stipule que le foyer exige que toutes les personnes et organisations fournissant des services privés à une personne résidente du foyer signent une entente sur les services contractuels pour les personnes résidentes, avant que les services ne soient rendus sur place. Il précise également que les fournisseurs de services privés reçoivent une orientation sur le foyer avant de fournir des services et qu'ils sont tenus de fournir une pièce d'identité avec photo avant leur première visite 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le directeur général adjoint a indiqué que la personne résidente avait eu recours à des fournisseurs de soins privés dès le jour de son admission au foyer; toutefois, on ne leur a pas demandé de signer l'entente sur les services contractuels pour les personnes résidentes et de fournir une pièce d'identité avec photo avant sept mois après l'admission au foyer. Il a également confirmé qu'aucune orientation n'avait été donnée aux fournisseurs de soins privés.

Il peut y avoir eu un risque pour la personne résidente lorsque les fournisseurs de soins privés n'ont pas reçu d'orientation sur le foyer avant de fournir des services à la personne résidente.

Sources : Politique en matière de services privés contractuels pour les personnes résidentes, notes d'enquête du foyer; entretien avec le directeur général adjoint. [748]

AVIS ÉCRIT : Rapports d'enquête

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 27 (2) de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Le titulaire de permis n'a pas signalé au directeur les résultats de l'enquête menée sur les mauvais traitements présumés infligés 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a révélé qu'une personne résidente avait été envoyée à l'hôpital à une date précise, après avoir subi une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait que de mauvais traitements étaient soupçonnés.

Le directeur général adjoint a confirmé que les mauvais traitements n'étaient pas fondés. Il a confirmé que les résultats de l'enquête sur l'incident n'avaient pas été communiqués au directeur.

Sources : Les notes d'évolution d'une personne résidente, le dossier d'enquête du foyer, le rapport de l'incident critique; entretien avec le directeur général adjoint. [748]

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect : de l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des interventions soient mises en œuvre pour réduire au minimum le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les personnes résidentes.

Justification et résumé

Une personne résidente avait des antécédents de comportements envers les personnes résidentes et avait fait l'objet d'une intervention comportant des directives précises.

A) À une date précise, la personne résidente a eu un incident avec une autre personne résidente qui a entraîné des blessures. Un employé a signalé que les directives relatives à l'intervention n'avaient pas été suivies.

Le coordonnateur de voisinage a confirmé que le personnel n'avait pas mis en œuvre l'intervention prévue dans le programme de soins de la personne résidente, ce qui a entraîné des blessures pour la personne résidente.

Sources : Incident critique n° 2881-000017-24; dossiers cliniques de deux personnes résidentes; notes d'enquête du foyer; entretien avec le coordonnateur de voisinage et d'autres membres du personnel. [683]

B) À une date précise, la personne résidente a été observée sans que l'intervention requise soit en place.

L'infirmière a reconnu que l'intervention aurait dû être en place au moment de l'observation.

Il y avait un risque d'altercation entre les personnes résidentes lorsque la personne résidente n'avait pas son intervention en place.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Sources : Observations; dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel. [683]

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

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

Non-respect : de l'alinéa 104 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

b) soient avisés dans les 12 heures qui suivent le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit informé des soupçons de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a révélé que la personne résidente avait été envoyée à l'hôpital à une date précise, après avoir subi une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait que de mauvais traitements étaient soupçonnés.

Le directeur général adjoint a confirmé que le mandataire spécial n'avait pas été informé des soupçons de mauvais traitements infligés à 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Il y avait un risque que le mandataire spécial ne puisse pas participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan visant à assurer la sécurité de la personne résidente, puisqu'il n'avait pas été avisé des soupçons de mauvais traitements.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, dossier d'enquête du foyer, rapport d'incident critique; entretien avec le directeur général adjoint. [748]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

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

Non-respect : du paragraphe 109 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

Paragraphe 109 (1) La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte alléguant un préjudice ou un risque de préjudice pour une personne résidente soit immédiatement transmise au directeur.

Justification et résumé

À une date précise au cours d'une fin de semaine, le mandataire spécial d'une personne résidente a envoyé par courriel une plainte au foyer alléguant des préjudices subis par la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que la ligne téléphonique ouverte après les heures de bureau aurait dû être utilisée pour signaler la plainte 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

directeur, car elle avait été reçue pendant la fin de semaine, et comme elle ne l'avait pas été, le rapport de l'incident critique a été soumis en retard.

Le fait de ne pas avoir envoyé un incident critique dans les délais requis peut avoir empêché le directeur d'être informé de la situation et de prendre les mesures nécessaires.

Sources : Incident critique n° 2881-000014-24, courriels du foyer avec la plainte; entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers. [720920]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 109 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

Paragraphe 109 (2) Pour l'application du paragraphe 26 (2) de la Loi, le titulaire de permis veille également à communiquer au directeur, d'une manière que celui-ci estime acceptable, une copie de la partie du dossier documenté qu'il doit tenir en application du paragraphe 108 (2) qui a trait à la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir au directeur une copie du dossier documenté qu'il était tenu de conserver en vertu du paragraphe 108 (2) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, et qui était lié à la plainte.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Justification et résumé

Le paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 stipule que pour chaque plainte écrite ou verbale déposée auprès du titulaire de permis ou du personnel, un dossier documenté doit être conservé et comprendre :

- le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- le règlement définitif, le cas échéant;
- chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Les notes d'enquête du foyer comprenaient des courriels échangés entre le foyer et la personne plaignante, ainsi qu'une lettre de réponse adressée à cette dernière. La lettre de réponse détaillait les mesures prises par le foyer pour répondre à la plainte, y compris les dates et les délais.

La correspondance relative à la plainte était jointe à l'incident critique n° 2881-000014-24, mais la lettre de réponse et les courriels du foyer ne l'étaient pas. L'incident critique n'incluait pas tous les types de mesures prises pour résoudre la plainte, y compris les dates et les délais, la résolution finale, la date et la description de toute réponse fournie à la personne plaignante, et toute réponse apportée à son tour par la personne plaignante.

Le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que l'incident critique soumis par le foyer aurait dû contenir les informations manquantes, soit dans le corps de l'incident critique, soit en tant que pièce jointe.

Le fait de ne pas avoir inclus toutes les informations requises par l'article 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 dans le rapport d'incident critique peut avoir eu pour

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

conséquence que le directeur n'ait pas été pleinement informé du fait qu'une plainte alléguant un préjudice avait été gérée par le foyer de manière appropriée.

Sources : Incident critique n° 2881-000014-24, courriels du foyer avec la personne plaignante et lettre de réponse; entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers. [720920]