

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 9 juillet 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1708-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Partners Community Health	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Wellbrook Place West, Mississauga	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> Parminder Ghuman (706988)	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autre inspectrices ou autres inspecteurs</b> Emmy Hartmann (748) Indiana Dixon (000767)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 1<sup>er</sup> au 3, du 6 au 10, du 13 au 17, et du 21 au 23 mai 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00106122 – Incident critique (IC) n° 3067-000002-24 – Négligence à l'égard d'une personne résidente par le personnel.
- Demande n° 00108123 – IC n° 3067-000006-24 – Chute d'une personne résidente entraînant une blessure.
- Demande n° 00109207 – Auteur d'une plainte ayant des préoccupations concernant la négligence d'une personne résidente.
- Demande n° 00109991 – Auteur d'une plainte ayant des préoccupations concernant les médecins du foyer de soins de longue durée.
- Demande n° 00112092 – Auteur d'une plainte ayant des préoccupations concernant le programme de soins pour la personne résidente concernant l'hygiène et la toilette, des préoccupations concernant la préparation aux situations d'urgence et la politique en matière de chutes pour le personnel, et

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

des préoccupations concernant les procédures de prévention et de contrôle des infections (PCI) en cas d'écllosion.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins pour les résidents soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et sur ses besoins et préférences en matière de bain.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins des résidents n'indiquait pas leurs préférences en matière de bain. Un membre du personnel a indiqué que les préférences des résidents en matière de bain devraient figurer dans le programme de soins, car il a été formé pour que tout ce qui concerne les résidents figure dans le 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Lors de l'entretien audio enregistré réalisé à une date déterminée, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les préférences des résidents devaient figurer dans les programmes de soins et que si elles n'étaient pas indiquées dans les programmes de soins, les PSSP demandaient généralement aux résidents leur préférence pour le bain pour les résidents ayant des capacités cognitives et pour les résidents n'ayant pas de capacités cognitives, elles prenaient une décision pour les résidents.

Lors de l'entretien audio enregistré réalisé à une date déterminée avec un membre du personnel infirmier autorisé, celui-ci a confirmé que la liste des douches affichée au poste de soins infirmiers ne mentionnait pas les préférences en matière de bain. Il a confirmé que les préférences en matière de bain n'étaient pas indiquées dans les programmes de soins des deux résidents alors qu'elles devraient l'être.

Le programme de soins de la personne résidente n'était pas basé sur ses préférences en matière de bain.

**Sources :** Programme de soins pour les résidents, entretien avec la PSSP et entretien avec le personnel infirmier autorisé.  
[706988]

**AVIS ÉCRIT : Participation du résident**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 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 résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente ait une possibilité de participer pleinement à l'élaboration du programme de soins 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Selon l'accord conclu avec le médecin traitant, il devait communiquer avec le mandataire spécial de la personne résidente, le cas échéant, et lui fournir des renseignements sur l'état de santé de cette dernière; la documentation de cette communication devait être consignée dans les notes d'évolution.

Le mandataire spécial de la personne résidente n° 002 a demandé qu'un spécialiste soit désigné pour la personne résidente à une date déterminée. Le médecin a pris connaissance de cette demande le jour même.

Il y a également une note d'évolution dans laquelle il est indiqué que le mandataire spécial est très contrarié et qu'il veut que le médecin l'appelle au sujet de l'orientation vers un spécialiste et au sujet des tests, qui sont passés de deux fois par semaine à une fois par semaine. L'infirmière a dit au mandataire spécial que le médecin l'appellerait le lendemain. Aucun appel n'a été documenté et le mandataire spécial a déposé une plainte écrite auprès du foyer.

Ce n'est que plus tard que le médecin et le mandataire spécial ont eu une conversation concernant l'orientation vers un spécialiste et des tests.

Le mandataire spécial n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration du programme de soins de la personne résidente, car le médecin n'a pas communiqué avec lui pendant plus d'un mois au sujet de l'état de santé de cette dernière. La personne résidente risquait ainsi de ne pas recevoir les soins dont elle avait besoin.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, accord du médecin traitant, entretien avec la directrice des soins.

[748]

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive les soins prévus dans le programme de soins en ce qui concerne les interventions en cas de chute.

**Justification et résumé**

La personne résidente présentait un risque élevé de chute et les interventions prévues dans son programme de soins consistaient notamment à placer son lit dans la position la plus basse.

Lors d'une observation à une date donnée, la personne résidente a été observée allongée dans son lit alors que celui-ci n'était pas dans la position la plus basse. La PSSP a confirmé que le lit n'était pas dans sa position la plus basse pendant une heure, alors que la personne résidente était au lit.

La personne résidente présentait un risque élevé de chute et il y avait un risque de blessure en cas de chute, car son lit n'était pas dans la position la plus basse, conformément au programme.

**Sources :** Observation à une date donnée, évaluations de la personne résidente, programme de soins, entretien avec la PSSP et la directrice des soins.  
[748]

**AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires**

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

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 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 :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et que son programme de soins soit examiné et révisé lorsqu'il a été constaté que la personne résidente avait des saignements à une date donnée.

**Justification et résumé**

Un changement physique a été constaté chez la personne résidente à une date déterminée. Le médecin avait évalué la personne résidente et ordonné des tests.

La personne résidente a été signalée comme ayant changé d'état de santé à une date donnée. Aucune évaluation documentée n'a été réalisée par l'infirmière; toutefois, il a été indiqué que le changement de l'état de santé a été consigné dans le carnet du médecin.

La directrice des soins a confirmé que l'accord conclu avec le médecin traitant prévoyait une visite et une évaluation des résidents sous sa responsabilité au moins une fois par semaine, ou aussi souvent que nécessaire.

Toutefois, aucune réévaluation de l'état de santé de la personne résidente n'a été consignée dans les notes d'évolution par le médecin. Une note d'évolution à une date donnée, rédigée par le médecin, mentionnait que le changement de l'état de santé n'avait pas été communiqué à l'infirmière, qui avait pourtant saisi l'information à une date donnée.

L'état de santé de la personne résidente n'a pas été réévalué, ce qui aurait pu entraîner une détérioration de son état de santé en l'absence d'intervention.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, accord du médecin traitant, entretien avec la directrice des soins.

[748]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Qualités

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

### **Non-respect : du paragraphe 23 (5) de la *LRSLD* (2021)**

Comportements réactifs

Paragraphe 23 (5) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections possède les qualités requises que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) possède les qualifications prévues par la réglementation.

### **Justification et résumé**

Au cours de l'entretien audio enregistré mené à une date déterminée avec le responsable intérimaire de la PCI, celui-ci a indiqué qu'il n'avait pas suivi de formation officielle pour le programme de prévention et de contrôle des infections, mais qu'il avait reçu une formation de l'équipe centrale de la PCI, qui n'avait rien à voir avec le rôle de responsable de la PCI. Le responsable intérimaire de la PCI a reconnu qu'il ne possédait pas les qualifications requises pour être responsable de la PCI. Il a également confirmé qu'il n'avait pas suivi cette formation, car il occupait ce poste à titre temporaire et qu'il était coordinateur de la PCI et non responsable de la PCI du foyer.

La directrice générale a indiqué que le poste de responsable de la PCI est vacant depuis janvier 2024. Elle a également confirmé que le coordinateur de la PCI est le responsable intérimaire de la PCI. La directrice des soins a déclaré qu'aucune formation n'avait été donnée au responsable intérimaire de la PCI.

L'absence d'un responsable de la PCI possédant les qualifications prévues par la législation met les résidents en danger en ce qui concerne la gestion des maladies infectieuses.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Entretien avec le coordinateur de la PCI, la directrice générale, la description du poste de coordinateur de la PCI et la description du poste de responsable de la PCI.  
[706988]

### **AVIS ÉCRIT : Rapports d'enquête**

Problème de conformité n° 006 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 veillé à ce que les résultats de l'enquête sur l'incident présumé de négligence à l'égard d'une personne résidente soient communiqués au directeur dès la fin de l'enquête.

#### **Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur à une date déterminée, concernant un incident présumé de négligence à l'encontre d'une personne résidente par une PSSP. Lorsque le foyer a achevé son enquête interne à une date déterminée, aucune modification n'a été apportée au RIC.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins à une date déterminée, la directrice des soins a déclaré qu'elle n'avait pas été informée des résultats de l'enquête.

En ne communiquant pas les résultats d'une enquête au directeur, il ne serait pas au courant de l'issue et du risque qui subsiste.

**Sources :** Rapport d'incident critique, notes d'enquête et entretien avec la directrice des soins.

**[000767]**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**AVIS ÉCRIT : Bain**

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 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

**Justification et résumé**

La personne résidente n° 010 a indiqué que ses soins étaient affectés par le manque de personnel et qu'elle manquait ses douches. Les PSSP n° 101 et n° 103, qui travaillaient ce jour-là, ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de donner le bain aux résidents et qu'elles n'étaient pas en mesure d'enregistrer les données dans le système Point of Care en raison du manque de personnel. Les registres de bain de la personne résidente n° 010 ont confirmé qu'elle n'avait reçu qu'une seule douche pour le mois de mars 2024.

La personne résidente n° 013 n'a reçu que trois douches au cours du mois de mars 2024, d'après les registres des bains.

Le membre du personnel infirmier autorisé n° 102 a confirmé que la personne résidente n° 10 n'avait pris qu'une seule douche pendant tout le mois de mars 2024 et que la personne résidente était contrariée. La personne résidente n° 013 n'a eu que trois douches pendant tout le mois de mars 2024. Il a également confirmé que le manque de personnel entraînait l'absence de douches pour 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Dossiers de bain des résidents n° 010, n° 016, entretien avec les PSSP n° 101, n° 103 et entretien avec le membre du personnel infirmier autorisé n° 102. [706988]

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes qui 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.

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 ou le Règlement exigeait que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, institue ou mette en place un programme, le titulaire de permis devait s'assurer que le programme était respecté.

**Justification et résumé**

Plus précisément, le foyer n'a pas respecté la politique de prévention de l'ostéoporose et des chutes dans le cadre du programme de lutte contre les chutes, qui stipule que toute personne résidente à risque selon l'outil de mesure du risque de chute de Morse doit être orientée vers son médecin et son pharmacien pour un examen de son régime médicamenteux et la possibilité de mettre en place une thérapie à base de 1 000 UI de vitamine D et de calcium. Elle indique également que

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

toute personne résidente jugée à risque doit faire l'objet d'une évaluation pour déterminer si elle doit porter un protecteur de hanche et, le cas échéant, se voir commander au moins deux paires de protecteurs de hanche approuvés pour la prévention des traumatismes liés aux chutes et aux fractures potentielles.

Lors de son admission en 2023, la personne résidente a été jugée à haut risque dans l'évaluation des risques de chutes.

L'infirmière autorisée (IA) et la directrice des soins ont confirmé que le régime médicamenteux de la personne résidente n'avait pas été revu et que cette dernière n'avait pas été évaluée pour savoir si elle devait porter des protections pour les hanches.

La personne résidente est tombée et a subi une fracture à une date déterminée. Un examen de son régime médicamenteux et une évaluation de l'observance du port de protecteurs de hanche auraient pu minimiser ou prévenir sa blessure lors de la chute.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, évaluations, politique du foyer en matière d'ostéoporose et de prévention des chutes, entretiens avec l'IA et la directrice des soins.  
[748]

**AVIS ÉCRIT : Entente : médecin traitant**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 89 c) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entente : médecin traitant

Article 89. L'entente écrite qui doit être conclue entre le titulaire de permis et un médecin en application du paragraphe 88 (4) doit prévoir au minimum ce qui suit :

c) les responsabilités ou les fonctions du médecin, notamment ce qui suit :

(iii) la permanence après les heures normales de travail et la couverture de garde.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un accord écrit entre le foyer et le médecin traitant de l'une des aires du foyer prévoie, au minimum, une couverture après les heures de travail et une couverture de garde.

**Justification et résumé**

La directrice des soins a vérifié que, bien qu'il y ait une couverture après les heures de travail et une garde dans l'une des aires du foyer, l'accord écrit entre le foyer et le médecin traitant dans l'une des aires du foyer ne prévoyait pas de couverture après les heures de travail et de garde.

**Sources :** Accord avec le médecin traitant dans l'une des aires du foyer, entretien avec la directrice des soins.

[748]

**AVIS ÉCRIT : Réunions de l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections**

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

**Non-respect : de l'alinéa 102 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

c) l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections se réunit au moins tous les trimestres et plus fréquemment lors d'une éclosion de maladie infectieuse au foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections se réunisse au moins une fois par trimestre et plus fréquemment en cas d'éclosion de maladie infectieuse dans le foyer.

**Justification et résumé**

Le responsable intérimaire de la PCI a déclaré que le foyer prévoyait d'organiser des réunions de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre les infections, mais qu'il n'y avait pas encore de réunions de l'équipe interdisciplinaire et qu'il n'y avait pas encore de date prévue pour ces réunions. Il a reconnu qu'il occupait le poste 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

responsable de la PCI à titre temporaire et qu'il n'était pas au courant de cette exigence.

La directrice générale a mentionné qu'elle a appris, lors de la conversation avec le responsable intérimaire de la PCI, que ce n'était pas le cas.

Le fait que l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections ne se réunisse pas au moins une fois par trimestre et plus fréquemment en cas d'écllosion de maladie infectieuse dans le foyer met en péril la gestion des infections et la sécurité des résidents.

**Sources :** Entretien avec le responsable de la PCI et entretien avec la directrice générale du foyer.  
[706988]

**AVIS ÉCRIT : Analyse mensuelle des tendances**

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

**Non-respect : du paragraphe 102 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (10).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements recueillis en vertu du paragraphe (9) soient analysés quotidiennement pour détecter la présence d'une infection et revus au moins une fois par mois pour déceler les tendances, dans le but de réduire l'incidence de l'infection et des éclosions.

**Justification et résumé**

Le responsable intérimaire de la prévention et du contrôle des infections (PCI) du foyer n'a pas examiné et analysé les renseignements recueillis sur une base mensuelle afin de détecter les tendances, dans le but de réduire l'incidence des infections et des éclosions. Le responsable intérimaire de la PCI a reconnu qu'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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

occupait ce poste depuis peu, qu'il n'était pas au courant de cette exigence et qu'il reconnaissait que cela n'avait pas été fait. La directrice générale a mentionné que l'analyse des tendances s'est arrêtée lorsque le responsable de la PCI a quitté ses fonctions en janvier 2024.

Le fait de ne pas examiner et analyser les données recueillies pour détecter les tendances dans le but de réduire l'incidence des infections et des éclosions met en péril la gestion des infections et la sécurité des résidents.

**Sources :** Entretien avec le responsable de la PCI et entretien avec la directrice générale du foyer.  
[706988]

**AVIS ÉCRIT : Avis : incidents**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) 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 :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente soit avisé dès qu'il a eu connaissance d'un incident présumé de négligence à l'égard de cette personne.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à une date déterminée pour un incident présumé de négligence à l'encontre d'une personne résidente. Le RIC indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas été informé.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Les dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, ne contenaient pas de documents indiquant que le mandataire spécial avait été informé de ses besoins en matière de santé mentale.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins à une date déterminée, elle a examiné les dossiers cliniques de la personne résidente en présence de l'inspecteur et a noté qu'elle n'avait trouvé aucune information prouvant que le médecin de famille de la personne résidente avait été informé de l'incident présumé. La directrice des soins a reconnu que le mandataire spécial de la personne résidente aurait dû être informé dès que le foyer a eu connaissance de l'incident de négligence présumé, et que cela aurait dû être consigné dans le dossier clinique de la personne.

**Sources :** Rapport d'incident critique, notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec la directrice des soins.

**[000767]**

**AVIS ÉCRIT : Avis : incidents**

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

**Non-respect : du paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 001 et son mandataire spécial soient informés des résultats de l'enquête sur un incident présumé de négligence dès qu'elle a été terminée.

**Justification et résumé**

L'enquête interne du foyer sur un incident présumé de négligence à l'encontre d'une personne résidente par la PSSP a été achevée à la date indiquée. Les dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, ne contenaient

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

aucun document attestant que la personne résidente ou son mandataire spécial avaient été informés des résultats de l'enquête à la fin de celle-ci.

La directrice des soins a examiné les dossiers cliniques de la personne résidente en présence de l'inspecteur et n'a trouvé aucune information prouvant que son mandataire spécial avait été prévenu.

**Sources :** Dossiers cliniques, y compris les notes d'évolution, et entretien avec la directrice des soins.

**[000767]**

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 3 i du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Traitement des plaintes

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

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à la personne qui a déposé une plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère pour le dépôt de plaintes, les heures d'ouverture et les coordonnées de l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

### **Justification et résumé**

Une note d'évolution indique qu'une plainte a été envoyée par courriel à la directrice générale, à la directrice des soins et au directeur adjoint des 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

La directrice des soins a confirmé que le courriel était une plainte écrite concernant les soins prodigués à la personne résidente. Elle a indiqué qu'une réponse verbale avait été fournie à la personne qui avait déposé la plainte et a confirmé qu'elle n'avait pas indiqué le numéro de téléphone sans frais du ministère dans la réponse qu'elle a donnée à l'auteur de la plainte.

**Sources :** Les notes d'évolution de la personne résidente, le registre des plaintes du foyer, les entretiens avec la directrice générale et la directrice des soins.  
[748]

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 3 iii du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Traitement des plaintes

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

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse qui avait été fournie à la personne ayant fait une plainte écrite comprenne la confirmation du titulaire de permis de transmettre immédiatement la plainte au directeur.

**Justification et résumé**

Une note d'évolution indique qu'une plainte a été envoyée par courriel à la directrice générale, à la directrice des soins et au directeur adjoint des soins.

La directrice des soins a confirmé que le courriel était une plainte écrite concernant les soins prodigués à la personne résidente. Elle a indiqué qu'une réponse verbale avait été fournie à la personne qui avait déposé la plainte et a confirmé qu'elle

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

n'avait pas indiqué dans sa réponse que la plainte avait été transmise au ministère des Soins de longue durée.

**Sources :** Les notes d'évolution de la personne résidente, le registre des plaintes du foyer, les entretiens avec la directrice générale et la directrice des soins.  
[748]

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 108 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un registre documenté soit conservé dans le foyer, comprenant chaque date à laquelle une réponse a été fournie à l'auteur de la plainte.

**Justification et résumé**

Conformément à la disposition 3 du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, une réponse doit être fournie à la personne qui a déposé la plainte.

La directrice des soins a indiqué qu'elle avait reçu une plainte écrite à une date donnée et qu'elle avait répondu à l'auteur de la plainte, mais que cette réponse avait été donnée verbalement et non pas par écrit. Le registre des plaintes du foyer ne comportait pas de trace de la réponse fournie à l'auteur de la plainte. La directrice des soins a fourni à l'inspecteur une lettre de réponse décrivant la réponse verbale fournie à l'auteur de la plainte, mais elle a confirmé que la date figurant sur la lettre n'était pas la date à laquelle elle avait fourni la réponse à l'auteur de la plainte, et elle a confirmé que la lettre n'avait pas été fournie à l'auteur de 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, registre des plaintes du foyer, entretiens avec la directrice des soins et la directrice générale.  
[748]

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (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'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1) S'assurer que le programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 reflète les interventions les plus récentes en matière de continence urinaire.

2) Conserver un dossier écrit indiquant quand les interventions pour la continence urinaire de la personne résidente n° 004 ont été modifiées et qui a effectué le changement.

3) S'assurer que la personne résidente n° 009 dispose d'un programme de soins écrit relatif à l'utilisation de son tapis antichute, qui indique clairement au personnel le nombre de tapis antichute à utiliser, de quel côté du lit et à quel moment ils doivent être mis en place.

4) Conserver un dossier écrit indiquant le moment où le programme écrit de la personne résidente n° 009 avec des directives claires a été élaboré, la personne qui a élaboré le programme et la date à laquelle le programme a été élaboré.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Motifs**

A. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins décrits dans le programme de soins de la personne résidente n° 004 fournissent des directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne.

**Justification et résumé**

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 ne fournissait pas de directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissaient des soins directs à cette personne. Le programme de soins indiquait que la personne résidente avait recours à deux interventions différentes pour répondre à ses besoins en matière d'incontinence. Selon le programme de soins, le personnel doit aider la personne résidente quand elle en a besoin et vérifier que l'autre intervention de la personne résidente fonctionne correctement.

Lors d'un entretien avec l'infirmière autorisée n° 114 à une date donnée, celle-ci a examiné le programme de soins de la personne résidente et a déclaré que le programme de soins n'était pas clairement documenté pour refléter le fait que la personne résidente n'avait qu'une seule intervention.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel reçoive des instructions claires en matière de continence peut entraîner des soins inadéquats pour la personne résidente.

**Sources :** Le programme de soins de la personne résidente et entretien avec l'infirmière autorisée n° 114.

**[000767]**

B. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un programme de soins écrit pour la personne résidente n° 009 qui énonce des directives claires à l'intention du personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Lors d'une observation des soins prodigués à la personne résidente à une date déterminée, vers l'heure du dîner, la personne résidente était au lit et un tapis antichute se trouvait dans la chambre, près du mur.

La PSSP n° 128 a constaté que le tapis antichute n'était pas utilisé lorsque la personne résidente était au lit, car le tapis antichute n'était appliqué que pendant la soirée et la nuit.

Une note d'évolution à une date donnée indique que le physiothérapeute a recommandé d'installer un tapis antichute de chaque côté du lit après que la personne résidente a été réadmise de l'hôpital à la suite d'une fracture.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 131 a indiqué que la personne résidente utilisait un tapis antichute d'un côté précis de son lit, lorsqu'elle était au lit, et a confirmé que cette information n'avait pas été ajoutée au programme de soins.

Il n'y avait pas de programme écrit avec des instructions claires concernant l'utilisation d'un tapis antichute pour la personne résidente n° 009, ce qui présentait un risque de blessure pour la personne résidente en cas de chute.

**Sources :** Observation à une date déterminée, notes d'évolution de la personne résidente n° 009, programme de soins, entretiens avec la PSSP n° 128 et l'IAA n° 131. [748]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard** le 30 août 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Services infirmiers et services de soutien personnel**

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 35 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement;

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Élaborer une procédure écrite qui englobera les éléments suivants.

a) Affecter pour chaque quart de travail une IA, qui travaille régulièrement dans le foyer, ou un gestionnaire qui sera chargé de veiller à ce que l'on réponde aux besoins des personnes résidentes en matière de sécurité et de soins lorsqu'il y a une pénurie de personnel.

b) Donner des indications à l'IA désignée ou au gestionnaire désigné pour obtenir au début et au milieu de chaque quart de travail un rapport verbal du personnel infirmier de chaque section accessible aux résidents concernant les problèmes liés à la charge de travail lorsqu'il y a une pénurie de personnel.

c) Donner des indications pour déterminer le moment où le personnel devra être réaffecté à une autre section accessible aux résidents au cours d'un quart de travail afin de répondre aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins. Le personnel doit collaborer et travailler ensemble jusqu'à ce que tous les résidents reçoivent les soins personnels, le traitement des plaies et l'administration des médicaments en temps voulu.

d) Consigner par écrit une brève description du plan de mesures d'urgence mis en œuvre lors de chaque quart de travail où il y avait une pénurie de personnel ou au cours duquel on n'a pas répondu aux besoins des personnes résidentes en matière de soins.

2) Fournir immédiatement aux inspecteurs des foyers de soins de longue durée la procédure écrite et les documents relatifs aux plans de mesures d'urgence lorsqu'ils le demandent.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

3) La directrice des soins et la directrice générale doivent être informées lorsque le manque de personnel ne peut être comblé par la personne chargée de l'établissement des horaires et le gestionnaire de garde, et le foyer de soins de longue durée doit tenir un registre de ces événements, qui doit être mis à la disposition des inspecteurs des foyers de soins de longue durée immédiatement sur demande.

4) Tenir un registre des mesures prises par la direction pour s'assurer que les besoins des résidents en matière de sécurité et de soins sont satisfaits en cas de pénurie de personnel, afin que les inspecteurs des foyers de soins de longue durée puissent l'examiner.

5) Pendant une période de quatre semaines suivant la signification du présent rapport.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel soit cohérente avec l'évaluation des besoins en matière de soins et de sécurité des résidents.

L'examen des dossiers, du plan de dotation en personnel, de l'évaluation des effectifs et des entretiens avec le personnel et les résidents a montré qu'il y avait un manque de personnel. L'examen des dossiers a permis de constater qu'il y avait des quarts de travail au cours desquels le foyer n'était pas doté de la composition du personnel prévue.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il n'y avait qu'un seul membre du personnel permanent et deux membres du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il n'y avait que trois membres du personnel permanent qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel d'agence qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait deux membres du personnel permanent et deux membres du personnel d'agence qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

La personne résidente n° 010 a indiqué que ses soins étaient affectés par le manque de personnel et qu'elle manquait ses douches. Les PSSP n° 101 et n° 103, qui travaillaient ce jour-là, ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de donner le bain aux résidents et qu'elles n'étaient pas en mesure d'enregistrer les données dans le système Point of Care en raison du manque de personnel. Les registres de bain de la personne résidente n° 010 ont confirmé qu'elle n'avait reçu qu'une seule douche au cours du mois particulier de 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

La personne résidente n° 013 n'a reçu que trois douches au cours du mois particulier de 2024, d'après les registres des bains.

Le membre du personnel infirmier autorisé n° 102 a confirmé que la personne résidente n° 010 n'avait pris qu'une seule douche au cours du mois particulier de 2024 et que la personne résidente était contrariée. La personne résidente n° 013 n'a eu que trois douches au cours du mois particulier de 2024. Il a également confirmé que le manque de personnel entraînait l'absence de douches pour les résidents.

Lors d'un entretien avec la personne résidente n° 010, celle-ci a indiqué que ses soins étaient affectés par le manque de personnel, qu'elle manquait sa douche et qu'elle devait attendre longtemps avant d'être changée. Elle a indiqué qu'un jour donné, elle n'avait eu qu'un seul changement à 6 h et que le changement suivant avait eu lieu à 13 h 30, après s'être plaint auprès du gestionnaire de service. Tout cela se produit en raison du manque de personnel (PSSP). Elle a également indiqué qu'elle devait modifier sa routine pour s'adapter à la dotation en personnel.

Les registres de bain de la personne résidente n° 010 ont confirmé qu'elle n'avait reçu qu'une seule douche au cours du mois particulier de 2024. Il y avait d'autres besoins quotidiens ayant changé et d'autres activités de la vie quotidienne (AVQ) qui prennent beaucoup de temps pour être accomplies, comme l'a indiqué la personne résidente n° 010.

Lors d'un entretien avec la personne résidente n° 011, celle-ci a indiqué qu'elle devait attendre longtemps avant d'aller aux toilettes. Elle voulait aller aux toilettes, mais en raison du manque de personnel, on ne s'occupe pas d'elle à temps et elle finit par faire ses besoins dans son sous-vêtement, ce qui lui irrite la peau et lui cause de grandes douleurs. Elle doit attendre longtemps que quelqu'un réponde à l'appel, car il manque de personnel.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel (n° 122), celui-ci a indiqué que la direction était au courant des horaires quotidiens, car ils sont approuvés par la directrice générale du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Plusieurs plaintes ont été déposées selon lesquelles le manque de personnel empêchait les résidents de recevoir les bains prévus, les soins de continence, et l'aide de deux membres du personnel pour les transferts et le repositionnement en fonction des besoins évalués. Le personnel infirmier autorisé, les PSSP et les membres des familles ont indiqué qu'ils craignaient que les résidents ne reçoivent pas les soins appropriés et qu'il y ait des retards dans les soins personnels en raison du manque de temps et de personnel pour s'occuper des résidents.

Le plan écrit de dotation en personnel pour le programme de soins infirmiers et personnels prévoyait cinq PSSP, deux IAA et une IA par aire du foyer pour 32 résidents pendant le quart de jour. La directrice des soins n° 119 a confirmé que le plan était en place au moment de l'inspection. Lors de l'entretien audio avec la directrice des soins n° 119, celle-ci a indiqué qu'elle n'avait pas connaissance d'un manque de personnel ayant une incidence sur les soins aux résidents, à l'exception d'une douche manquée pour l'un d'entre eux.

Au cours des entretiens audio enregistrés, les membres du personnel n°s 101, 102, 103, 121 et 124 ont indiqué que les besoins des résidents en matière de soins et de sécurité n'étaient pas satisfaits en raison d'un manque de personnel. Ils ont indiqué qu'à certains moments, il y avait deux ou trois membres du personnel et un ou deux membres du personnel modifié par aire du foyer. Les résidents ne prenaient pas de douche, car le personnel modifié ne pouvait pas les doucher en raison de leur modification. Lors de l'entretien audio enregistré avec la personne chargée de l'établissement des horaires (n° 122), celle-ci a indiqué que la direction était au courant de l'horaire quotidien, car la directrice générale du foyer signalait l'horaire.

Au cours de l'entretien audio enregistré avec la personne résidente n° 010, celle-ci a indiqué que ses besoins n'étaient pas satisfaits. Elle a indiqué qu'elle avait dû modifier son horaire en raison d'un manque de personnel. Elle a indiqué qu'on lui avait promis deux douches par semaine et que cela faisait des semaines qu'elle n'avait pas eu de douche et qu'elle n'en avait plus qu'une par semaine maintenant. Les registres de bain de la personne résidente n° 010 ont confirmé qu'elle n'avait reçu qu'une seule douche au cours du mois particulier de 2024. Il y avait d'autres besoins quotidiens ayant changé et d'autres activités de la vie quotidienne (AVQ) qui

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

prenaient beaucoup de temps pour être accomplies. Elle a indiqué qu'un jour donné, elle a été changée à 6 h et qu'elle ne l'a été qu'à 13 h 30 par la suite. Elle a indiqué que ce jour-là, il n'y avait que deux PSSP et un membre du personnel modifié, et qu'elle comptait l'employé modifié comme un employé à part entière. Il y a eu un autre jour déterminé où il n'y avait que des PSSP de l'agence. Elle a indiqué qu'elle avait eu son déjeuner à 11 h et son dîner à 14 h. Sa sonnette d'appel était restée allumée pendant trois quarts d'heure. Une personne résidente a indiqué que ses repas étaient froids, car ils étaient servis sur des plateaux. La personne résidente a mentionné qu'elle voulait se lever davantage, mais qu'elle ne pouvait pas le faire en raison du manque de personnel. Selon la personne résidente, ce manque de personnel se produit presque tous les jours.

La personne résidente n° 013 n'a reçu que deux douches au cours du mois particulier de 2024, d'après les registres des bains. Au cours de l'entretien audio enregistré avec la personne résidente n° 011, celle-ci a mentionné que lorsqu'elle a demandé d'être changée, personne n'est venu l'aider pendant près de deux heures et la personne résidente a une éruption cutanée qui a rendu la situation très douloureuse. Elle a mentionné qu'elle devait crier pour que quelqu'un vienne. Elle a mentionné dans l'entretien qu'il n'y avait pas assez de personnel et que les résidents devaient attendre longtemps et que leur éruption cutanée s'aggravait lorsqu'ils devaient attendre longtemps.

Le titulaire de permis n'a pas été en mesure de s'assurer que la composition du personnel était conforme au plan de dotation en personnel pour les résidents et il y a eu un risque de préjudice lorsque les besoins en soins évalués de plusieurs résidents selon le plan de dotation en personnel n'ont pas été satisfaits en raison d'un manque de personnel.

**Sources :** Entretien avec la directrice des soins n° 119, les employés n<sup>os</sup> 101, 102, 103, 121, 122 et 124, la personne résidente n° 010 et la personne résidente n° 011; les dossiers de bain de la personne résidente n° 010 et de la personne résidente n° 013; le plan d'urgence écrit en matière de personnel et les horaires de travail du personnel.

[706988]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 août 2024**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Services infirmiers et services de soutien personnel**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

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;

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Élaborer un processus écrit comprenant les éléments suivants :

a) Désigner un membre du personnel infirmier autorisé, qui travaille régulièrement dans le foyer, ou un responsable pour chaque quart de travail, qui sera chargé de tenir un registre des infirmières et du personnel de soins personnels qui ne peuvent pas venir travailler pendant 30 jours dans toutes les unités du foyer, pour les quarts de jour et de soir.

b) Les mesures prises conformément au plan d'urgence pour combler les lacunes lorsque le personnel infirmier et le personnel chargé des soins personnels ne peuvent pas se rendre au travail.

c) Conserver un registre des mesures prises, des personnes ayant participé aux efforts et du résultat final pour combler les lacunes en matière de personnel

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

infirmier et de soins personnels, afin que les inspecteurs des foyers de soins de longue durée puissent en prendre connaissance.

2) Fournir le processus écrit et le registre des mesures aux inspecteurs des foyers de soins de longue durée immédiatement sur demande.

3) La directrice des soins et la directrice générale doivent être informées lorsque le manque de personnel ne peut être comblé par la personne chargée de l'établissement des horaires et le gestionnaire de garde, et le foyer de soins de longue durée doit tenir un registre de ces événements, qui doit être mis à la disposition des inspecteurs des foyers de soins de longue durée immédiatement sur demande.

4) Tenir un registre des mesures prises par la directrice des soins et la directrice générale pour combler les pénuries de personnel à l'intention des inspecteurs des foyers de soins de longue durée.

5) Le titulaire de permis doit donner aux personnes chargées de l'établissement des horaires une nouvelle formation sur le plan de dotation en personnel, plus précisément sur le plan de remplacement du personnel infirmier et du personnel de soins personnels qui tient compte des situations où le personnel, y compris le personnel qui doit fournir les soins infirmiers exigés en vertu du paragraphe 11 (3) de la Loi, ne peut pas se présenter au travail.

6) Un registre de cette formation doit être tenu, comprenant le matériel de formation fourni, la date et la signature des personnes ayant participé à la formation.

7) Le titulaire de permis doit vérifier que les personnes chargées de l'établissement des horaires respectent le plan de remplacement du personnel infirmier et de soins personnels, qui prévoit des situations où le personnel ne peut pas se rendre au travail. Au moins une vérification doit être réalisée par jour jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de problèmes avec les personnes chargées de l'établissement des horaires, conformément à la politique du titulaire de permis. Un registre des vérifications doit être tenu à la disposition de l'inspecteur des foyers de soins de longue durée.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de secours pour le personnel infirmier et le personnel des soins personnels soit respecté lorsque le personnel ne pouvait pas venir travailler, ce qui a entraîné un risque de préjudice lorsque les besoins de soins évalués de plusieurs résidents n'ont pas été satisfaits en raison d'une pénurie de personnel.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de secours pour le personnel infirmier et le personnel des soins personnels soit respecté lorsque le personnel ne pouvait pas venir travailler, ce qui a entraîné un risque de préjudice lorsque les besoins de soins évalués de plusieurs résidents n'ont pas été satisfaits en raison d'une pénurie de personnel.

**Justification et résumé**

Le plan écrit de dotation en personnel pour le programme de soins infirmiers et personnels prévoyait cinq PSSP, deux IAA et une IA par aire du foyer pour 32 résidents pendant le quart de jour. La directrice des soins n° 119 a confirmé que le plan était en place au moment de l'inspection. L'examen des dossiers a permis de constater qu'il y avait des quarts de travail où le foyer n'était pas doté en personnel conformément au plan de dotation et que le plan de secours n'était pas respecté lorsque le personnel ne pouvait pas se rendre au travail.

Le 4 mai 2024, au 5C Ouest, il n'y avait qu'un seul membre du personnel régulier (PSSP) et deux membres du personnel modifié qui travaillaient pendant le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il n'y avait que trois membres du personnel permanent (PSSP) qui travaillaient dans le quart de jour.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel d'agence qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait deux membres du personnel permanent (PSSP) et deux membres du personnel d'agence qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

À une date donnée, dans une aire précise du foyer, il y avait trois membres du personnel permanent (PSSP) et un membre du personnel modifié qui travaillaient dans le quart de jour.

Lors d'un entretien avec l'IAA n° 102, celle-ci a mentionné qu'à une date donnée, il n'y avait pas de PSSP au début du quart de travail. L'infirmière responsable a fait appel à une PSSP d'une autre aire du foyer, puis à deux infirmières d'agence. Les deux PSSP d'agence se sont présentés au travail à 8 h, puis une autre PSSP provenant d'une autre aire du foyer s'est présentée vers 10 h. Le membre du personnel n° 102 a confirmé qu'aucune douche n'avait été donnée cette fin de semaine-là en raison d'un manque de personnel et qu'il n'était pas prévu de compenser les douches manquées, car il y avait également un manque de personnel le jour suivant.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

La directrice des soins a indiqué que son plan d'urgence en matière de personnel prévoyait le déplacement de personnel interne au sein du bâtiment ou le recours à du personnel d'agence en cas de pénurie en dessous de trois PSSP et de deux IA par aile du foyer. Selon la directrice des soins n° 119, deux membres du personnel modifié ne doivent pas figurer sur l'horaire d'un étage donné. Il y a eu plusieurs jours où deux membres du personnel modifié ont travaillé à un étage donné.

Lors de l'entretien audio enregistré avec la personne chargée de l'établissement des horaires (n° 122), celle-ci a indiqué que la direction était au courant de l'horaire quotidien, car la directrice générale du foyer signait l'horaire. Elle a également mentionné que c'était la décision de la direction d'affecter des membres du personnel modifiés à l'étage. Le personnel modifié a été considéré comme un personnel à part entière. La personne chargée de l'établissement des horaires a également indiqué qu'elle ne savait pas si les horaires de travail avaient une incidence sur les soins prodigués aux résidents, car les plaintes étaient adressées au directeur adjoint des soins, à la directrice des soins et à la directrice générale. La personne chargée des horaires a également indiqué ne pas être au courant du plan de dotation en personnel, mais qu'elle connaissait les exigences de ce plan, mais pas le plan dans son intégralité.

La dotation minimale en personnel pendant les jours est de quatre PSSP, ce qui n'était pas prévu dans le plan de dotation ou d'urgence. Il y a eu des membres du personnel qui ont été en congé de maladie, mais qui figuraient toujours sur l'horaire à une date déterminée et un autre membre du personnel qui était membre du personnel de l'aile Est, mais la personne chargée de l'établissement des horaires a mentionné qu'elle les avait mis en congé, mais qu'ils figuraient toujours sur l'horaire de la tour Ouest à une date déterminée. Il n'y a eu que trois ou quatre PSSP pendant sept jours et certains membres du personnel, absents depuis plus d'un mois, figuraient encore sur l'horaire. La personne chargée de l'établissement des horaires n° 122 n'était pas au courant du plan de dotation et n'était pas en mesure d'indiquer les mesures prises en cas de manque de personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de secours pour le personnel infirmier et le personnel des soins personnels soit respecté lorsque le personnel ne pouvait pas venir travailler, ce qui a entraîné un risque de préjudice lorsque les

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

besoins de soins évalués de plusieurs résidents n'ont pas été satisfaits en raison d'une pénurie de personnel.

La directrice des soins n° 119 et la personne chargée de l'établissement des horaires n° 122 n'ont pas été en mesure de définir clairement les mesures prises par le foyer en cas de manque de personnel.

**Sources :** Entretien avec la directrice des soins n° 119, la personne chargée de l'établissement des horaires n° 122, les employés n<sup>os</sup> 101, 101, 102, 103, 121 et 124, la personne résidente n° 010 et la personne résidente n° 011; les dossiers de bain de la personne résidente n° 010 et de la personne résidente n° 013; le plan d'urgence écrit en matière de personnel et les horaires de travail du personnel.  
[706988]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 août 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**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 16g 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 commerciale 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON 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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.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 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 suivant la date à laquelle il a reçu une copie 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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 santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.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](http://www.hsarb.on.ca).