

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2025-1561-0008

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Corporation de la Ville de Brantford et Corporation du Comté de Brant

Foyer de soins de longue durée et ville : Foyer John Noble, Brantford

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9, 11, 15, 16, 17, 19 et

22 décembre 2025 et 5, 7, 8, 9, 12 et 13 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 10, 12 et 23 décembre 2025 et 6 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00159669 – Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) M544-000026-25 – Signalement relatif à la prévention et à la gestion des chutes
- Signalement : n° 00161219 – Plainte concernant la gestion des médicaments, la prévention et la gestion des chutes, la prévention et le contrôle des infections, les soins de la peau et des plaies, les droits des personnes résidentes et les services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Signalement : n° 00161365 – Rapport du SIC n° M544-000028-25 – Signalement en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Signalement : n° 00164425 – Rapport du SIC n° M544-000030-25 – Signalement en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Signalement : n° 00166108 – Rapport du SIC n° M544-000031-25 – Signalement en lien avec la prévention et le contrôle des infections

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion des médicaments

Prévention et contrôle des infections

Droits et choix des résidents

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 102 (7) 11. du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Ce protocole doit comprendre au moins l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (7).

On a omis de veiller à ce qu'il y ait du désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service dans plusieurs zones du foyer, ce qui est contraire aux exigences. On a avisé la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) de cette lacune, et celle-ci a été corrigée rapidement.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec un membre personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 8 janvier 2026

AVIS ÉCRIT : Inclusion dans le programme de soins

Problème de conformité n° 002 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 36 (4) 4 de la LRSLD

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Paragraphe 36 (4) – L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

4. Le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un mandataire spécial du résident qui est habilité à donner ce consentement a consenti à l'utilisation de cet appareil.

Le foyer a omis d'obtenir le consentement du mandataire spécial d'une personne résidente en vue de l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle, comme cela est pourtant exigé.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

On a omis de réaliser une évaluation selon l'échelle de coma de Glasgow pour deux personnes résidentes, comme l'exige pourtant le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes; examen des politiques; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

On a omis de respecter la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), révisée en septembre 2023, délivrée par la directrice ou le directeur.

A) Dans le contexte de l'exigence supplémentaire énoncée à l'article 6.1 de la Norme, qui porte sur l'équipement de protection individuelle (EPI), le titulaire de permis doit mettre de l'EPI à la disposition et à la portée des membres du personnel et des personnes résidentes, selon leur rôle et le niveau de risque auquel ils sont exposés. Il s'agit notamment d'avoir en place un plan de fourniture et de gérance de l'EPI et d'assurer un accès adéquat à l'EPI pour les pratiques de base et précautions supplémentaires.

Le titulaire a omis de veiller à ce que soit facilement accessible l'EPI requis dans des chariots d'isolement placés à l'extérieur de trois chambres de personnes résidentes où l'on avait installé des affiches faisant part des précautions supplémentaires à prendre.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec un membre personnel.

B) Dans le contexte de l'exigence supplémentaire figurant à l'alinéa 9.1 f) de la Norme, qui porte sur les pratiques de base et précautions supplémentaires, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'on adopte les pratiques de base établies et à ce qu'on prenne

les précautions supplémentaires requises dans le cadre du programme de PCI. Les précautions supplémentaires doivent, au minimum, inclure des exigences additionnelles quant à l'EPI, y compris en ce qui touche le choix, le retrait et l'élimination adéquats de cet équipement.

On a vu un membre du personnel entrer dans la chambre d'une personne résidente sans EPI alors que celui-ci était nécessaire. En outre, un deuxième membre du personnel est entré dans la chambre d'une personne résidente sans porter l'EPI complet requis.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

C) Dans le contexte de l'alinéa 10.4 h) de la Norme, qui porte sur le programme d'hygiène des mains, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'on offre un soutien aux personnes résidentes pour qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant les repas et les collations, et après l'élimination.

On a constaté qu'un membre du personnel a omis d'offrir à trois personnes résidentes un soutien pour qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant un repas, ce qui est pourtant requis.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (4) g) 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 :

(g) le programme est mis en œuvre d'une manière compatible avec, d'une part, le principe de précaution énoncé dans les normes et protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2) et, d'autre part, les preuves médicales les plus récentes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (4).

Les politiques du programme de PCI ne mettaient pas entièrement en œuvre les recommandations d'une manière compatible avec le principe de précaution énoncé dans les normes et protocoles que délivre la directrice ou le directeur en application du paragraphe (2) et avec les preuves médicales les plus récentes; en effet, les politiques actuelles du foyer en matière de PCI ne faisaient pas référence aux normes, documents d'orientation et recommandations actuels.

Sources : Politiques en matière de PCI; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Dans deux aires distinctes du foyer, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que les bacs contenant les substances désignées et les stupéfiants dans les chariots à médicaments n'étaient pas verrouillés comme il se doit.

Sources : Démarches d'observation; examen des politiques; entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 –Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) – Les politiques et protocoles écrits doivent :

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

A) Offrir une formation d'appoint à tous les membres du personnel relevés concernant les politiques spécifiées.

B) Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment le contenu, la date de la formation, le nom et la signature des participants ainsi que le nom du ou des membres du personnel qui ont donné la formation.

C) Réaliser les vérifications hebdomadaires spécifiées pour s'assurer que les membres du personnel respectent les politiques du foyer. Les vérifications doivent être réalisées jusqu'à ce que l'on établisse que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

D) Consigner dans un dossier l'information sur chacune des vérifications réalisées, y compris le lieu où elle a été réalisée, le nom du membre du personnel qui l'a effectuée et toute mesure prise pour remédier aux lacunes constatées.

Motifs

On a omis de mettre en œuvre comme il se doit les politiques du système de gestion des médicaments du foyer.

A) On a omis de remplir les registres de la température du réfrigérateur à médicaments à chaque quart de travail, ce qui est pourtant exigé.

B) On a omis de remplir correctement les formulaires de comptage des substances désignées et des stupéfiants, ce qui est pourtant exigé.

C) On a omis d'éliminer les stupéfiants et les substances désignées de la manière exigée par la politique du foyer.

D) On a omis de prendre des médicaments dans la réserve de médicaments d'urgence au besoin, ce qui est contraire à la politique du foyer.

Puisque l'on a omis de respecter les politiques du système de gestion des médicaments du foyer, les substances contrôlées et les mesures de la température n'ont pas été consignées correctement.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de personnes résidentes; politiques du système de gestion des médicaments; comptes rendus de réunions; registres des températures; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 27 février 2026

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence 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.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du

ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

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 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^e 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

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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.