

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 14 août 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1343-0004	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Hamilton, Hamilton	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 25 et 26 et du 29 au 31 juillet 2024 ainsi que les 1^{er} et 2 et du 6 au 8 août 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 1^{er} et 8 août 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00116743 – Plainte portant sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence, la prévention et le contrôle des infections (PCI), la prévention et gestion des chutes, la gestion relative aux soins de la peau et des plaies, la déclaration d'incidents et la dotation.
- Demande n° 00117613 – Plainte portant sur les services de soins de soutien aux personnes résidentes, la gestion des médicaments, la gestion relative aux soins de la peau et des plaies, la prévention et gestion des chutes, la dotation et le foyer sûr et sécuritaire.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

- Demande n° 00117922 – Plainte portant sur les services de soins de soutien aux personnes résidentes, la gestion des médicaments, la prévention des mauvais traitements et de la négligence, l'alimentation et la nutrition, et la dotation.
- Demande n° 00115787 – Incident critique (IC) en rapport avec la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00119219 – IC en rapport avec la PCI.
- Demande n° 00119285 – IC en rapport avec la prévention des mauvais traitements.

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
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Normes de dotation, de formation et de soins
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Programme fondé sur l'évaluation du résident

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 donnés à une personne résidente relativement à un équipement spécifié dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute à une date donnée et s'est blessée. Au moment de la chute, le programme de soins indiquait le mode de déplacement particulier de la personne résidente. Ses plus récentes évaluations de transfert indiquaient un transfert en particulier. Selon l'évaluation fondée sur le recueil de données minimum (MDS), la personne résidente utilisait un équipement spécifié pour se déplacer.

Un membre du personnel a déclaré que l'équipement spécifié de la personne résidente se trouvait à un endroit précis lorsque celle-ci a été découverte par ce membre du personnel. Un membre du personnel autorisé a indiqué que la personne résidente utilisait l'équipement spécifié à une date précise au moment de la chute. Un autre membre du personnel autorisé a mentionné que la plus récente évaluation de transfert en place avant la chute doit indiquer que la personne résidente utilisait l'équipement spécifié.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Sources : Notes d'évolution, programme de soins, évaluations et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Documentation

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (g) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

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

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

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus pour des activités particulières de la vie quotidienne (AVQ) soit documentée pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin d'aide spéciale pour ses AVQ. Son rapport d'enquête sur la documentation a été examiné et a indiqué que plusieurs soins et dates n'avaient pas été documentés entre des dates précises. L'administratrice a reconnu qu'il manquait des dates de soins et a déclaré que tous les soins fournis devaient être documentés.

Sources : Dossiers de santé électroniques de la personne résidente, entretien avec l'administratrice, trousse d'enquête du foyer.

B) Le titulaire de permis n'a pas documenté la prestation de soins liés à des soins précis énoncés dans le programme de soins d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente faisait mention d'interventions précises.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Le rapport d'enquête sur la documentation ne contenait aucune documentation sur la prestation des interventions particulières à plusieurs dates et heures. Selon ce rapport, le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Index) a mentionné que des tâches précises ont été utilisées pour documenter les interventions particulières.

Trois membres du personnel ont indiqué que les interventions précises ont été fournies à la personne résidente à des dates précises, mais elles n'avaient pas été consignées.

Sources : Rapport d'enquête sur la documentation, notes d'évolution, entretien avec le coordonnateur de l'outil RAI et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

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

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre sexuel commis par une autre personne résidente.

Selon l'alinéa b) du paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, la définition de mauvais traitements d'ordre sexuel s'entend « d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une autre personne qu'un titulaire de permis ou un membre 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

L'examen des notes d'évolution a révélé un cas de mauvais traitements d'ordre sexuel perpétrés par une personne résidente envers une autre. Un membre du personnel qui a découvert l'incident a entendu l'une des personnes résidentes demander à l'autre de s'en aller.

Le membre du personnel a été témoin de l'incident et le confirme. Il a affirmé que la personne résidente n'avait pas subi de conséquences préjudiciables. Le travailleur social a déclaré que la personne résidente était dans son état habituel après l'incident.

Le défaut de protéger une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre sexuel expose celle-ci à des risques de préjudice.

Sources : Notes d'évolution et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Plus précisément, au minimum, toute personne qui soupçonne ou constate des mauvais traitements ou de la négligence envers une personne résidente doit en aviser immédiatement la direction.

Justification et résumé

Conformément à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (« Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Response and Reporting Policy »), tout employé ou toute personne qui a été informé d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente doit le signaler immédiatement à l'administrateur, à son délégué ou au supérieur hiérarchique ou, s'il n'est pas disponible, au superviseur le plus haut gradé du quart de travail à ce moment-là.

À une date précise, une personne résidente a subi une altération cutanée attribuable à une cause inconnue. Deux jours plus tard, une plainte a été déposée, alléguant que l'altération cutanée de la personne résidente était le fruit d'un incident avec une autre personne résidente et qu'elle a fait l'objet d'une enquête immédiate. Selon les notes d'enquête du foyer, le mandataire de la personne résidente et deux déclarations du personnel ont reconnu que le mandataire avait fait part de préoccupations selon lesquelles la personne résidente avait subi une altération cutanée par une autre personne résidente à cette date précise. Il n'y avait aucun dossier clinique indiquant un incident présumé entre les personnes résidentes ou ayant été signalé à un superviseur ou à la direction ce jour-là.

La directrice des soins a reconnu que l'incident allégué entre les personnes résidentes aurait dû être signalé immédiatement à la direction conformément à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, et faire l'objet d'une enquête.

Le fait que le personnel n'ait pas fait immédiatement rapport d'un incident allégué de mauvais traitements conformément à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence a présenté un risque accru de préjudice ou de mauvais traitements.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, notes d'enquête, politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

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

Le titulaire de permis n'a pas transmis au directeur une plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente, comme il se doit.

Justification et résumé

À une date précise, un membre de la famille d'une personne résidente a envoyé un courriel à l'administratrice du foyer, à la directrice des soins et à un responsable clinique pour leur faire part de ses préoccupations concernant les soins prodigués à la personne résidente. L'administratrice du foyer a accusé réception de la plainte en répondant au courriel, mais n'a pas transmis immédiatement la plainte au directeur.

L'administratrice a reconnu qu'elle aurait dû transmettre la plainte écrite au directeur, comme il se 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Plainte par courriel à une date donnée, portail LTCH.net et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

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

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

À une date et une heure précises, une personne résidente est entrée dans une pièce précise d'une aire non résidentielle et a fait une chute. Un membre du personnel a confirmé avoir trouvé la personne résidente sur le sol et avoir appelé à l'aide. Un membre du personnel infirmier autorisé a répondu à l'appel et a évalué la personne résidente. Le personnel et la directrice des soins du foyer n'ont pas pu confirmer comment la personne résidente était entrée dans l'aire non résidentielle. La porte de l'aire non résidentielle était verrouillée par un pavé numérique qui nécessitait un code à quatre chiffres.

Lorsque les portes des aires non résidentielles n'étaient pas fermées et verrouillées, il y avait un risque réel pour la santé et la sécurité des résidents lorsqu'ils pénétraient dans l'aire non surveillée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Sources : Observation de la porte, examen du dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'équipement indiqué pour une personne résidente conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, une personne résidente a été observée en train d'utiliser un équipement particulier alors qu'une partie de l'équipement était intacte.

Conformément au manuel du fabricant de l'équipement en question du foyer, les pièces particulières de l'équipement ont été utilisées pour empêcher l'équipement de basculer lorsqu'il se trouve dans une position particulière et qu'il doit être réglé à une hauteur sûre.

À une date précise, une personne résidente a fait une chute et a été retrouvée sur le sol dans l'équipement indiqué qui était tombé à la renverse. Selon les dossiers de gestion des risques de la personne résidente, l'équipement particulier de la personne résidente est placé dans une position précise et la partie en question de l'équipement est soulevée. Un membre du personnel a expliqué que lors de l'évaluation, la partie en question de l'équipement de la personne résidente n'était pas réglée à une hauteur sûre et qu'elle se trouvait à mi-hauteur. Le responsable des chutes a reconnu que la partie en question de l'équipement de la personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

résidente n'était pas engagée et qu'elle n'était pas en place de manière sûre au moment de la chute.

Le fait que le personnel n'ait pas utilisé l'équipement indiqué conformément aux instructions du fabricant a entraîné un risque pour la sécurité de la personne résidente ainsi qu'un risque de chutes.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, manuel de l'équipement concerné et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de soins de la peau et des plaies, y compris les évaluations et les réévaluations, soient documentées.

Justification et résumé

À une date précise, une personne résidente a subi une altération de la peau. L'évaluation initiale et les réévaluations hebdomadaires ultérieures de l'altération de la peau ont été effectuées par le personnel infirmier autorisé. Toutefois, l'examen des évaluations de la peau de la personne résidente, effectuées lors de dates précises, a révélé que de nombreux outils d'évaluation de la peau étaient dépourvus de documentation et n'indiquaient pas le type d'altération de la peau, l'emplacement, la description, les mesures et ne permettaient pas de déterminer si la lésion était la même, si elle s'était améliorée, détériorée ou guérie. Le responsable

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

des soins de la peau et des plaies a reconnu que les évaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente étaient incomplètes, car il manquait des renseignements à ce sujet.

Le fait de ne pas documenter l'évaluation des altérations de la peau d'une personne résidente présentait le risque de ne pas constater l'amélioration ou l'aggravation de l'état de la peau de cette personne.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, programme de soins de la peau et des plaies : gestion des soins des plaies, et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 009 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes, y compris la surveillance des résidents.

Justification et résumé

Une personne résidente avait des antécédents de chutes et a été intégrée au programme Falling Leaf du foyer à une date indiquée, pour la prévention et la gestion des chutes. La politique du foyer stipule que les résidents participant au programme Falling Leaf doivent faire l'objet d'une surveillance fréquente à une fréquence déterminée pour assurer leur sécurité, répondre à leurs besoins en

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

matière de soins et prévenir les transferts dangereux, en particulier lors des changements de quart de travail. La personne résidente a fait une chute à une date précise. Une intervention a été ajoutée au programme de soins de la personne résidente à une date précise afin qu'elle soit contrôlée à la fréquence indiquée. Un responsable clinique a reconnu que la personne résidente aurait dû faire l'objet d'un programme de surveillance lorsqu'elle a commencé le programme Falling Leaf.

Il existe un risque pour la santé et la sécurité de la personne résidente lorsque les interventions nécessaires à la prévention et à la gestion des chutes ne sont pas mises en œuvre.

Sources : Examen du dossier clinique d'une personne résidente, de la politique du foyer concernant le programme de prévention et de gestion des chutes et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

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

Prévention et gestion des chutes

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

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, une évaluation après la chute soit effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Justification et résumé

À une date précise, une personne résidente a fait une chute. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'une évaluation après la chute n'avait pas été effectuée et que le responsable des chutes l'avait reconnu.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une évaluation après une chute a été réalisée a posé un risque de ne pas détecter un dommage potentiel et de ne pas mettre en œuvre des interventions pour une personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, programme de prévention et de gestion des chutes et entretiens avec le personnel.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, que cette dernière soit évaluée et qu'une évaluation après la chute soit effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu pour les chutes.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute à une date donnée. Un responsable clinique a confirmé qu'une évaluation des chutes n'avait pas été effectuée après la chute et qu'elle aurait dû l'être.

Lorsqu'une évaluation des chutes n'a pas été effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié expressément conçu pour les chutes, il existe un risque réel que les blessures subies par la personne résidente à la suite de la chute n'aient pas été évaluées.

Sources : Examen du dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'imposait sur le plan clinique.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute à une date donnée et a été envoyée à l'hôpital pour une blessure. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente a été réadmise de l'hôpital au foyer de soins de longue durée à une date indiquée. La date de l'évaluation de la peau de la tête aux pieds indique que l'évaluation de la peau de la personne résidente n'a été effectuée qu'au moment de la réadmission, indiquant des altérations précises de la peau. Un examen de la section Évaluations du logiciel PointClickCare (PCC), des notes d'évolution et des rapports quotidiens n'a pas permis de repérer d'autres évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies pour les altérations de la peau de la personne résidente, ce qui a été confirmé par un membre du personnel infirmier autorisé.

Le coordonnateur de la méthode d'évaluation RAI a indiqué que les évaluations hebdomadaires de la peau devaient être documentées dans l'onglet Évaluation du logiciel PCC, dans le formulaire d'évaluation hebdomadaire de l'intégrité de la peau, une fois qu'une ordonnance a été lancée dans PCC et qu'une tâche du dossier électronique d'administration des médicaments (RAMe) a été créée, ce qui n'a pas été fait pour la personne résidente après l'évaluation initiale.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Sources : Section des évaluations du logiciel PCC, évaluation de la peau de la tête aux pieds, notes d'évolution et rapports quotidiens, entretiens avec une personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a présenté une affection cutanée susceptible de nécessiter une intervention nutritionnelle ou d'y répondre, elle soit évaluée par un diététiste professionnel (Dt.P.) qui fait partie du personnel du foyer.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi une altération de la peau à une date donnée. Un transfert au Dt.P. du foyer n'a pas été effectué. Un responsable clinique a reconnu qu'un transfert n'avait pas été effectué alors qu'il aurait dû l'être.

Lorsqu'une personne résidente présentait une affection de la peau susceptible de nécessiter une intervention nutritionnelle ou d'y répondre et qu'elle n'était pas

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

orientée vers le Dt.P. du foyer, sa santé et sa sécurité étaient menacées, car ses besoins en matière de nutrition et d'hydratation n'étaient pas satisfaits.

Sources : Examen du dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par les interventions initiales, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que celle-ci soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu à cette fin.

Justification et résumé

Une personne résidente est tombée à une date donnée. La personne résidente a indiqué qu'elle souffrait et on lui a administré des médicaments pour soulager la douleur à un moment précis. À une heure ultérieure, la personne résidente a déclaré que la douleur avait augmenté et que le médicament était inefficace. La personne résidente a été envoyée à l'hôpital dans l'heure qui a suivi. Un responsable clinique a confirmé que la personne résidente n'avait pas été évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, lorsque la douleur de cette personne n'avait pas été soulagée par les interventions initiales.

Lorsqu'une personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique après que sa douleur n'a pas été soulagée par 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

interventions initiales, il y a eu un risque pour la santé de la personne résidente en raison d'une douleur non résolue et croissante.

Sources : Entretien avec un responsable clinique et examen du dossier clinique d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme émise par le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) soit mise en œuvre.

Selon l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit mettre en œuvre b) des normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

La section 3 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, Surveillance, indique que le titulaire de permis doit veiller à ce que les symptômes soient consignés à chaque quart de travail et que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe, le cas échéant.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute à une date donnée et s'est blessée. Les notes d'évolution datées d'un jour précis indiquaient que la personne résidente souffrait d'une infection précise qui avait peut-être contribué à sa chute.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Les notes d'évolution de la personne résidente et les rapports quotidiens indiquaient qu'elle était isolée depuis des dates précises, en raison des symptômes particuliers qu'elle présentait. À certaines dates, les symptômes de la personne résidente n'ont pas été documentés pendant les quarts de nuit. Le résumé de la température de la personne résidente indiquait que la température de cette dernière n'était pas documentée pendant les quarts de nuit pour la même période.

Lors d'un entretien, un membre du personnel infirmier autorisé a indiqué qu'une personne résidente, qui présentait des symptômes particuliers, devait être surveillée tous les jours et que ses symptômes, y compris sa température, devaient être consignés à chaque quart de travail.

Sources : Notes d'évolution, rapports quotidiens, résumé des températures et entretien avec le personnel.

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-sous-disposition 3 ii A 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 :

ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :

A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lors du traitement d'une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente, il explique ce qu'il a fait pour résoudre la plainte.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Justification et résumé

Une plainte a été déposée concernant l'altération de la peau d'une personne résidente à la suite d'un incident présumé causé par une autre personne résidente. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il avait fait part de sa plainte au foyer et qu'il n'avait pas reçu de réponse.

L'examen du registre des plaintes du foyer indique qu'à une date précise, l'auteur de la plainte a déposé une plainte verbale concernant ses inquiétudes quant à l'altération de la peau de la personne résidente. Le foyer a immédiatement enquêté sur la plainte et les allégations n'étaient pas fondées. Les résultats de l'enquête et les mesures prises ont été discutés avec le mandataire de la personne résidente et non avec l'auteur de la plainte. Le formulaire d'enquête sur les plaintes du foyer contenait une trace écrite d'une réponse au mandataire, mais rien n'indiquait qu'une réponse avait été fournie à l'auteur de la plainte. La directrice des soins a reconnu qu'elle n'avait pas assuré le suivi de l'auteur de la plainte.

Le foyer n'ayant pas répondu à la personne qui avait déposé une plainte, celle-ci ignorait que les préoccupations de la personne résidente étaient prises en compte.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, formulaire d'enquête sur les plaintes et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

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 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.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une substance contrôlée soit entreposée dans un endroit séparé et verrouillé à l'intérieur du chariot de médicaments.

Justification et résumé

À une date donnée, un membre du personnel infirmier autorisé a trouvé un comprimé d'une substance réglementée dans un gobelet à médicaments dans la boîte à médicaments d'une personne résidente, dans le chariot de médicaments. La politique d'Extendicare en matière de gestion de l'insuline, des narcotiques et des substances réglementées stipule que les substances réglementées doivent être entreposées dans un endroit séparé et verrouillé à l'intérieur du chariot de médicaments verrouillé. Le personnel infirmier autorisé a confirmé que la substance réglementée n'était pas entreposée dans un endroit séparé, verrouillé, à l'intérieur du chariot de médicaments verrouillé.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les substances réglementées soient entreposées dans un endroit séparé et verrouillé, dans un chariot de médicaments verrouillé, a augmenté les risques de préjudice potentiel pour les résidents et de vol.

Sources : Dossier de santé électronique d'une personne résidente, politique d'Extendicare en matière de gestion de l'insuline, des narcotiques et des substances réglementées, et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément aux indications du prescripteur.

Justification et résumé

À une date donnée, un membre du personnel infirmier autorisé a trouvé un médicament dans un gobelet à médicaments dans la boîte à médicaments d'une personne résidente, dans le chariot de médicaments. Les enquêtes ont révélé que les médicaments étaient ceux de la personne résidente pour une date et une heure précises et que les médicaments avaient été signés, mais pas administrés. Le personnel infirmier autorisé a confirmé que les médicaments n'étaient pas administrés conformément au mode d'emploi indiqué par le prescripteur.

Le fait de ne pas administrer les médicaments conformément au mode d'emploi indiqué par le prescripteur aurait pu avoir des conséquences négatives sur la santé d'une personne résidente.

Sources : Dossier de santé électronique d'une personne résidente, rapport d'incident médicamenteux et entretien avec le personnel.