

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 5 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1318-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique (IC)
Suivi

Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses associés commandités, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Wenleigh, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 11, du 15 au 18, et les 22, 24, 25, 28 et 29 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00118786 – suivi lié aux techniques de transfert et de changement de position
- Demande n° 00118787 – suivi lié au programme de soins
- Demande n° 00120793 [Incident critique (IC) n° 2833-000014-24] liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00120893 [IC n° 2833-000015-24] liée à la gestion d'éclosion
- Demande n° 00127600 liée à des préoccupations concernant les soins liés à l'incontinence, les services de repas et les services environnementaux

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demande n° 00117659 [IC n° 2833-000011-24] liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00117213 [IC n° 2833-000010-24] et demande n° 00120317 [IC n° 2833-000013-24] liées à la gestion d'éclosion

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1318-0002 en vertu de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1318-0002 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021).

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Soins liés à l'incontinence
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
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 : Services d'hébergement

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

Non-respect : de l'alinéa 19 (1) b) de la *LRSLD* (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

b) un programme structuré de services de buanderie qui vise à répondre aux besoins des résidents en matière de linge de maison et de vêtements;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme structuré de services de buanderie au sein du foyer soit respecté. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 (Règl. de l'Ont. 246/22), le titulaire de permis devait veiller à ce que le service de buanderie réponde aux besoins des personnes résidentes en matière de linge de maison. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de comptage des stocks de linge de maison dans le cadre du programme de service de buanderie.

Justification et résumé

Des observations sur l'approvisionnement en linge de maison ont été effectuées sur les chariots de réapprovisionnement en linge de maison, les chariots de fournitures de soins et dans plusieurs chambres de personnes résidentes. Lorsque les chariots de réapprovisionnement en linge de maison ont été préparés pour être transportés dans les sections accessibles aux personnes résidentes pour les soins de l'après-midi et du soir, les quantités disponibles n'ont pas atteint les quotas

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

d'approvisionnement par chariot. La quantité de débarbouillettes stockées dans les chambres des personnes résidentes et dans les chariots de fournitures de soins d'une unité donnée était limitée.

Le personnel a indiqué qu'il allait régulièrement à la buanderie à chaque quart de travail pour chercher un nombre suffisant de serviettes, principalement des serviettes de bain et des débarbouillettes pour effectuer les activités de soins. Aucun cas d'omission de soins ou de recours à des solutions de rechange aux serviettes n'a été signalé par le personnel. Plusieurs personnes résidentes ont reconnu que si elles demandaient une serviette en particulier, le personnel est généralement en mesure de la leur procurer.

La direction du foyer de soins de longue durée (foyer de SLD) a affirmé qu'un processus de comptage des stocks de linge de maison dans l'ensemble du foyer prévu par les politiques du foyer n'avait pas été mis en œuvre afin de surveiller les écarts entre les stocks disponibles dans la section accessible aux personnes résidentes et les quotas calculés.

Le fait que l'équipe de direction du foyer de SLD n'a pas mis en œuvre un processus de comptage du linge de maison peut faire en sorte que les problèmes d'approvisionnement en linge de maison du foyer ne soient pas détectés.

Sources : Observations de l'approvisionnement en linge de maison dans l'ensemble du foyer, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et formulaires de plainte, politique de comptage des stocks de linge de maison, entretiens avec la direction du foyer, le personnel et des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

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

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer de soins de longue durée qui donnent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux résidents soient munies d'une moustiquaire et ne puissent être ouvertes à plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes soient munies d'une moustiquaire.

Justification et résumé

Il a été constaté que de nombreuses fenêtres donnant sur l'extérieur dans les parties communes des personnes résidentes n'avaient pas de moustiquaire. La direction du foyer de SLD a reconnu que les fenêtres observées n'étaient pas dotées de moustiquaires.

Le fait que de multiples fenêtres donnant sur l'extérieur n'aient pas été munies de moustiquaires a accru le risque d'intrusion de ravageurs dans le foyer de SLD.

Sources : Observations du foyer de SLD, entretien avec la direction du foyer.

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 56 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

5. Une évaluation annuelle du niveau de satisfaction des résidents à l'égard de la gamme de produits pour incontinence, en consultation avec les résidents, les mandataires spéciaux et le personnel chargé des soins directs, évaluation dont le titulaire de permis tient compte lors de ses décisions d'achat, notamment au moment de la négociation ou de la renégociation des contrats avec les vendeurs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en place une procédure de consultation du personnel chargé des soins directs au sujet de l'évaluation annuelle de la satisfaction des personnes résidentes à l'égard de la gamme de produits pour incontinence.

Justification et résumé

L'équipe de direction du foyer de SLD a examiné la satisfaction des personnes résidentes à l'égard de la gamme de produits pour incontinence dans le cadre de l'évaluation annuelle du programme de soins de l'incontinence. Aucune procédure n'a été mise en place pour consulter le personnel chargé des soins directs dans le cadre de l'évaluation annuelle de la satisfaction des personnes résidentes à l'égard de la gamme de produits pour incontinence.

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

L'absence de consultation du personnel chargé des soins directs dans le cadre de l'évaluation annuelle de la satisfaction à l'égard de la gamme de produits pour incontinence peut avoir entraîné des lacunes dans la rétroaction à ce sujet reçue par le foyer de SLD.

Sources : Évaluation du programme annuel de soins de l'incontinence, entretiens avec la direction du foyer de SLD.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

- a) le nettoyage du foyer, notamment :
- (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre pour le nettoyage du foyer, y compris les aires communes et notamment les surfaces de contact et les murs, soient élaborées et mises en œuvre, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi.

Justification et résumé

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

Plusieurs salles à manger ont été observées et les surfaces des deux salles à manger présentaient des zones de salissures visibles, des traces, des aliments séchés et des empreintes digitales. Les surfaces des portes de la salle à manger principale, les poignées de porte, les claviers à codes, les murs, les pieds de chaise, les moulures décoratives et les surfaces murales à proximité de la cafétéria étaient sales. Le personnel a exprimé ses inquiétudes quant à la fréquence du nettoyage des murs et des surfaces des chaises dans les salles à manger, indiquant que les tâches de nettoyage étaient effectuées moins fréquemment, ce qui a entraîné une plus forte accumulation de salissures sur les surfaces.

La politique de nettoyage en profondeur du foyer exigeait que la direction du foyer de SLD élabore et maintienne des routines de nettoyage en profondeur par roulement dans toutes les parties communes afin de préserver l'attrait, la salubrité et la prévention des ravageurs. Le programme de nettoyage en profondeur de la salle à manger prévoyait les tâches suivantes pour les surfaces de la salle à manger susmentionnées : les murs et les portes devaient être lavés quotidiennement et nettoyés à fond avec un nettoyant désinfectant tous les mois. La routine ne prévoyait pas le nettoyage des pieds des chaises de la salle à manger. Il n'était pas clair si les aides-diététistes ou le personnel d'entretien devaient effectuer des tâches particulières dans le cadre de la routine de nettoyage en profondeur de la salle à manger. La direction du foyer a reconnu que les surfaces observées dans les salles à manger du troisième étage n'étaient pas d'une propreté digne d'un hôtel et qu'il pourrait donc être difficile d'atteindre un niveau de propreté digne d'un hôpital au moyen d'une désinfection mensuelle.

La direction a également reconnu que son horaire de nettoyage écrit ne prévoyait pas le nettoyage en profondeur de la salle à manger. Elle donnait chaque mois des instructions verbales aux membres du personnel d'entretien affecté à propos de

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

leurs tâches durant leur quart de travail. En outre, elle a confirmé que deux salles à manger avaient fait l'objet d'un nettoyage en profondeur par mois au cours des trois derniers mois, ce qui n'était pas conforme à la directive selon laquelle chaque salle à manger devait faire l'objet du nettoyage et de la désinfection précisés sur une base quotidienne ou mensuelle.

Le défaut d'assurer la propreté des surfaces susmentionnées dans les salles à manger du foyer de SLD a fait en sorte qu'elles n'étaient pas nettoyées et désinfectées de manière adéquate. L'état et l'apparence des surfaces peuvent influencer le niveau de plaisir qu'une personne résidente éprouve dans l'espace où elle mange.

Sources : Observations et images des salles à manger mentionnées, procès-verbaux des réunions et des inspections du comité de santé et de sécurité, feuilles de validation du nettoyage en profondeur des salles à manger, tâches du personnel d'entretien et des aides-diététistes, outil de soutien pour le guide d'inspection de la salubrité et de la sécurité, politiques de nettoyage en profondeur, de désinfection et d'entretien, programme d'entretien ménager, entretiens avec la direction du foyer de SLD et d'autres 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 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

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 la mise en œuvre de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée.

Justification et résumé

A) La Norme de PCI exige, au point 4.3, qu'après une éclosion, une séance de compte rendu soit tenue pour déterminer quelles pratiques en matière de PCI ont été efficaces ou inefficaces dans la gestion de l'éclosion. Il faut rédiger un résumé des constatations dans lequel des recommandations sont formulées au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de gestion des éclosions.

Le foyer de SLD a déclaré une éclosion en juillet 2024. À la suite de l'éclosion, une séance de compte rendu a été organisée; elle a permis de cerner un point à améliorer d'après l'examen de l'éclosion. La personne responsable de la PCI a reconnu qu'une personne en particulier était considérée comme le représentant du titulaire de permis et qu'elle n'avait pas reçu le compte rendu de l'éclosion ni le résumé des recommandations visant à améliorer les pratiques de gestion de l'éclosion.

Le fait de ne pas avoir fourni au titulaire de permis un résumé des constatations, y compris les points à améliorer, peut avoir conduit à des occasions manquées de soutien ou d'affectation de ressources relativement aux lacunes cernées.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

Sources : Compte rendu de la séance de compte rendu sur l'éclosion, CI 2833-000015-24, Norme de PCI, entretien avec la personne responsable de la PCI.

B) La Norme de PCI exige, au point 6.1, que l'équipement de protection individuelle (EPI) soit mis à la disposition et à la portée du personnel, selon leur rôle et leur niveau de risque.

Un panier d'EPI vide monté sur une porte a été observé sur la porte de la chambre d'une personne résidente. Les infirmières autorisées ont confirmé que des précautions supplémentaires avaient été prises pour la personne résidente et que leur EPI avait été retiré du panier. La personne responsable de la PCI a confirmé que l'EPI devait être disponible à l'extérieur de la chambre de la personne résidente.

Le fait de ne pas s'être assuré que l'EPI était disponible au point de service a augmenté le risque que le personnel utilise mal ou pas du tout l'EPI pendant les soins, alors que des précautions supplémentaires avaient été prises pour la personne résidente.

Sources : Observations de la chambre d'une personne résidente, dossier clinique de la personne résidente, pratiques de base et politique de précautions supplémentaires, Norme de PCI, entretiens avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

C) La Norme de PCI exige, au point 9.1, qu'au minimum, les précautions supplémentaires comportent e) des affiches au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI sont en place.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement 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 Hamilton

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

Un panier d'EPI vide monté sur la porte a été observé sur la porte d'une personne résidente, sans qu'aucune affiche de point de service ne se trouve sur la porte ou dans la chambre de la personne résidente. Le personnel chargé des soins directs ne savait pas si la personne résidente faisait l'objet de précautions supplémentaires ni quel EPI devait être porté lors des soins. Les infirmières autorisées ont confirmé que des précautions supplémentaires avaient été prises pour la personne résidente; cependant, l'affichage avait été retiré de la porte. La personne responsable de la PCI a confirmé que l'affiche de précautions en matière de PCI devait être en place à l'entrée de la chambre de la personne résidente.

L'absence d'affiche sur au point de service pour informer le personnel des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI mises en place pour la personne résidente a entraîné une incertitude quant aux précautions en place et à l'EPI requis pour les soins.

Sources : Observations de la chambre d'une personne résidente, dossier clinique de la personne résidente, pratiques de base et politique de précautions supplémentaires, Norme de PCI, entretiens avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.