

**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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 6 mars 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1546-0002

**Type d'inspection :**

Plainte  
Critique d'incident

**Titulaire de permis :** Regional Municipality of Durham

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairview Lodge, Whitby

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 18 au 21 et du 24 au 28 février 2025, ainsi que du 3 au 6 mars 2025.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à des mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Une demande liée à une plainte portant sur la dotation.
- Deux demandes liées à des éclosions de maladies infectieuses.
- Deux demandes liées à des chutes entraînant des blessures.
- Une demande liée à un épisode d'hypoglycémie sévère.

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

Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Normes de dotation, de formation et 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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel autorisé collabore avec le personnel autorisé du quart de travail suivant lors de la surveillance d'une personne résidente qui a eu un épisode d'hypoglycémie sévère. Les entretiens avec le personnel ont révélé qu'aucun suivi de la personne résidente n'avait été effectué par le personnel autorisé en raison d'un manque de communication de la part du quart précédent. L'état de santé de la personne résidente s'est dégradé et elle a été transférée dans un autre établissement médical.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec le personnel.

### AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

Problème de conformité n° 002 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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au programme de gestion des médicaments du foyer pour une personne résidente. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion de la douleur du foyer indique que le personnel autorisé doit procéder à une évaluation complète de la douleur en cas de changement de l'état clinique, y compris après une chute.

Une évaluation de la douleur n'a pas été réalisée pour une personne résidente qui s'est plainte d'une douleur nouvellement apparue liée à une chute ayant entraîné une blessure et après la mise en place et l'administration d'un médicament contre la douleur à prendre au besoin. Le score de l'échelle de rendement cognitif de la personne résidente indiquait une déficience cognitive. La personne responsable de la gestion de la douleur et l'infirmière autorisée ont reconnu que le foyer n'avait pas procédé à une évaluation complète de la douleur en fonction du niveau cognitif de la personne résidente.

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente, politique de gestion de la douleur, INTERD-03-10-01 (révisée en août 2024), entretiens avec la personne responsable de la gestion de la douleur et l'infirmière autorisée (IA).

**AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR**

**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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au programme de gestion des médicaments du foyer pour une personne résidente. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées.

Plus précisément, la politique de gestion de la douleur du foyer indique que le personnel autorisé doit surveiller la personne résidente et documenter l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur.

La personne résidente s'est plainte d'une nouvelle douleur liée à une chute ayant entraîné une blessure, et le personnel autorisé lui a administré un médicament contre la douleur à prendre au besoin. Aucun document n'a été trouvé indiquant que le personnel autorisé avait surveillé l'efficacité de l'intervention de gestion de la douleur pendant une certaine période. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), l'IA et la personne responsable de la gestion de la douleur ont également reconnu que le foyer attendait du personnel autorisé qu'il surveille la personne résidente pour s'assurer de l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur et qu'il documente l'administration d'un médicament contre la douleur ou d'un analgésique à prendre au besoin.

**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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente, politique de gestion de la douleur, INTERD-03-10-01 (révisée en août 2024), entretiens avec la personne responsable de la gestion de la douleur, l'IAA et l'IA.

## AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

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

**Non-respect : 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 au respect de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) que délivre le directeur, plusieurs membres du personnel n'ayant pas effectué l'hygiène des mains lorsque cela était requis.

Conformément au point b) de l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis devait veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées dans le programme de PCI relativement au programme d'hygiène des mains.

Au cours des observations effectuées dans la section accessible aux résidents touchée par l'écllosion, il a été constaté que le personnel manipulait la nourriture des personnes résidentes, touchait leur masque et allait d'une chambre de personne résidente à l'autre sans effectuer l'hygiène des mains.

La politique du foyer en matière d'hygiène des mains (*Hand Hygiene Policy*) prévoit que le personnel est tenu de se laver les mains après tout contact avec des objets

**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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

inanimés, avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente, avant d'en sortir et avant de manipuler ou de consommer de la nourriture ou une boisson.

**Sources :** Observations, et politique d'hygiène des mains (*Hand Hygiene Policy*) n° IC-05-07-02 révisée pour la dernière fois en novembre 2024.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la Norme de PCI que délivre le directeur, plusieurs membres du personnel n'ayant pas effectué l'hygiène des mains lorsque cela était requis.

Conformément au point d) de l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis devait veiller à l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), ce qui inclut une sélection et une application appropriées de l'EPI.

Le foyer a connu une éclosion de maladie entérique. Lors des observations de la section accessible aux résidents touchée par l'éclosion et de toutes les autres sections accessibles aux résidents, plusieurs membres du personnel ont été observés en train de porter leur masque chirurgical sous le menton et sous le nez. L'utilisation inappropriée de masques chirurgicaux a été constatée pendant plusieurs jours au cours de l'inspection.

La politique du foyer en matière d'EPI (*Personal Protective Equipment*) prévoit que les masques doivent être bien ajustés sur le nez et la bouche et ne doivent pas être touchés lorsqu'ils sont portés.

**Sources :** Observations, politique en matière d'EPI (*Personal Protective Equipment*) n° IC-05-07-04, révisée pour la dernière fois le 24 novembre.