

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1520-0008

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : St. Joseph's Health Care, London

Foyer de soins de longue durée et ville : Mount Hope Centre for Long Term Care, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 24, 25, 27 et 28 novembre 2025 et les 1^{er}, 2, 3 et 4 décembre 2025.
L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 26 novembre 2025 et le 1^{er} décembre 2025

Les inspections concernaient :

- Le signalement 00157816/n° C596-000165-25 et le signalement 00159409/n° C596-000181-25 liés à la gestion des éclosions.
- Le signalement 00160018/n° C596-000185-25, le signalement 00160687/n° C596-000187-25 et
- Le signalement n° 00160858/n° C596-000189-25 lié à la prévention et à la gestion des chutes
- Le signalement 00160801/n° C596-000188-25 lié à l'entretien

Cette inspection a été réalisée en même temps que l'inspection n° 2025-1520-0009.

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Entretien ménager, services de buanderie et de maintenance
- Prévention et contrôle des infections

Gestion de la douleur
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 12 (1) 3. 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.

Une porte de l'enceinte temporaire de la zone de construction barricadant les chambres des personnes résidentes en cours de construction n'était pas verrouillée et n'était pas supervisée. Le personnel de l'étage a confirmé que la porte devait être verrouillée et un employé sous contrat est venu et a rapidement verrouillé la porte.

Date de la rectification apportée : 24 novembre 2025

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

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 un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Deux personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique n'ont pas été réévaluées chaque semaine comme cela s'impose sur le plan clinique.

A) Les dossiers cliniques indiquent qu'une personne résidente revenue de l'hôpital avec une intégrité épidermique altérée n'a pas été réévaluée chaque semaine en novembre.

Le ou la responsable des soins de la peau et des plaies a reconnu que la plaie chirurgicale n'était pas réévaluée chaque semaine, comme cela s'imposait sur le plan clinique.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

B) Les dossiers cliniques d'une personne résidente ont identifié une zone d'intégrité épidermique altérée après une chute. D'autres dossiers cliniques indiquent qu'une évaluation hebdomadaire de la peau est nécessaire et qu'elle n'a pas été effectuée.

Le ou la responsable des soins aux personnes résidentes a reconnu lors d'un entretien qu'une zone altérée de l'intégrité épidermique n'était pas réévaluée chaque semaine.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le ou la responsable des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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 d'une personne résidente n'a pas été soulagée par les mesures d'intervention initiales, y compris la mesure d'intervention pharmacologique, la personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié.

Le dossier clinique d'une personne résidente indique qu'elle a besoin d'un médicament contre la douleur à la suite d'une blessure causée par une chute. La personne résidente a reçu des analgésiques de routine et au besoin lorsqu'elle a exprimé de la douleur. Suite à l'administration d'analgésiques, plusieurs administrations ont été documentées comme étant « inefficaces » pour le mois.

La politique du foyer en matière de dépistage, d'évaluation et de gestion de la douleur – cheminement cliniques (Pain Screening, Assessment and Management – Clinical Pathways) indiquait que le personnel autorisé orientait la personne résidente vers le médecin ou l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne pour revoir le régime actuel de gestion de la douleur de la personne résidente, sur la base d'une évaluation de la présentation clinique de la personne résidente, de ses besoins en matière de douleur et de son score de douleur, et si cela s'imposait sur le plan clinique.

Aucun dossier n'indique que la personne résidente a fait l'objet d'une évaluation lorsque ses médicaments contre la douleur ont été jugés « inefficaces ».

Le directeur ou la directrice par intérim des services cliniques et des soins aux personnes résidentes a déclaré que l'instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique du foyer pour évaluer la douleur devait être utilisé pour une personne résidente lorsque ses stratégies de gestion de la douleur n'étaient pas efficaces. Il ou elle a confirmé que l'instrument d'évaluation n'avait pas été utilisé.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la direction;

examen de la politique du foyer en matière de dépistage, d'évaluation et de gestion de la douleur – cheminements cliniques (Pain Screening, Assessment and Management – Clinical Pathways)

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).

La Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée publiée par le directeur ou la directrice n'a pas été respectée.

A) Conformément à l'exigence supplémentaire 10.2 (c) de la norme de la PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le programme d'hygiène des mains n'a pas été respecté lorsque les personnes résidentes n'ont pas reçu d'aide pour se laver les mains avant leurs repas et leurs collations.

Les personnes résidentes n'ont pas été aidées pour se laver les mains pendant le service des repas et des collations.

Sources : observations et entretiens avec les membres du personnel.

B) Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 b) de la norme de la PCI, les pratiques de routine, y compris l'hygiène des mains, n'ont pas été effectuées par les membres du personnel avant et après le premier contact avec l'environnement de la personne résidente.

Les membres du personnel présents dans la salle à manger n'ont pas procédé à l'hygiène des mains avant, pendant et après les diverses activités d'assistance aux personnes résidentes.

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 : les observations et les entretiens avec les membres du personnel.