

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 24 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1355-0003

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Axium Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités  
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axium Extendicare LTC II GP Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** West Oak Village, Oakville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 26 et 27 septembre ainsi que du 1<sup>er</sup> au 4 et du 7 au 10 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00127506 – Inspection proactive de la conformité du foyer West Oak Village.

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  
Conseils des résidents et des familles  
Prévention et contrôle des infections

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité figurent dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2023.

**Justification et résumé**

Un examen du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour 2023, daté du 2 avril 2024, ne mentionnait ni le nom ni le poste du responsable désigné pour cette initiative. Un nom figurait dans le rapport, mais il a été confirmé qu'il ne s'agissait pas du responsable désigné du foyer.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité a été modifié pour indiquer le nom et le poste exacts du responsable désigné.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le programme de soins d'une personne résidente précisait qu'elle dépendait entièrement de deux membres du personnel pour plusieurs activités de la vie quotidienne en raison de son état de santé.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que, pendant une période de deux mois, il y avait plusieurs occasions où les soins étaient assurés par un seul membre du personnel.

Un membre du personnel a déclaré qu'il savait que la personne résidente nécessitait l'aide de deux employés pour s'occuper d'elle, mais qu'il lui arrivait parfois de fournir des soins sans la présence d'un deuxième membre du personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis comme il était précisé pourrait avoir exposé la personne résidente à un risque de blessures.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Documentation**

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 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

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

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins soit documentée.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente précisait qu'elle avait besoin de l'aide substantielle de deux membres du personnel pour deux activités de la vie quotidienne.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que, pendant une période de deux mois, il y avait plusieurs occasions où il était documenté que les soins étaient assurés par un seul membre du personnel.

La directrice des soins et une personne préposée aux services de soutien personnel ont confirmé que les soins prévus au programme de soins de la personne résidente n'étaient pas correctement documentés pour ces deux activités.

Le fait de ne pas documenter la prestation des soins prévus dans le programme de soins pourrait avoir exposé la personne résidente à un risque de blessures.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état**

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

**Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)**

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le tapis dans le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit en bon état.

**Justification et résumé**

Pendant la visite initiale du foyer et une observation ultérieure dans différentes aires, il a été observé à plusieurs endroits que le tapis était fortement souillé et taché et n'était pas entretenu de sorte qu'il soit en bon état.

Selon une politique du foyer, pour maintenir un environnement propre et agréable, les tapis devaient être nettoyés lorsque la saleté incrustée ne pouvait être enlevée à l'aide d'un aspirateur. Un calendrier de nettoyage des tapis était également en place. Cependant, il a été observé que le tapis dans trois aires du foyer et dans la chambre d'une personne résidente était souillé, taché et en mauvais état.

La directrice générale a reconnu que le tapis n'était pas en bon état dans différentes aires du foyer.

**Sources :** Observations; entretien avec la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Portes dans le 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

**Non-respect : de la disposition 2 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 :

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique en matière de sécurité des portes (*Door Safety*) afin de veiller à ce que les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur, y compris les balcons et les terrasses, soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller au respect de la politique qu'il avait mise en place.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur la sécurité des portes (*Door Safety*), selon laquelle toutes les portes menant aux escaliers et donnant sur l'extérieur du foyer doivent être gardées et verrouillées, et être munies d'un système de contrôle d'accès fonctionnant en permanence.

Lors d'une observation, il a été noté qu'une porte menant à une aire extérieure clôturée, située dans une salle à manger, était déverrouillée.

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Un membre du personnel a confirmé auprès de l'inspectrice ou de l'inspecteur que la porte était déverrouillée et qu'elle l'était parce qu'un membre de la famille avait demandé à utiliser l'aire extérieure plus tôt dans la journée. Le personnel a confirmé qu'aucun membre de la famille ni aucune personne résidente n'utilisait l'aire extérieure au moment de l'observation.

La directrice générale a confirmé que la porte de la salle à manger du foyer, donnant sur une aire extérieure clôturée, aurait dû être verrouillée lorsque l'aire extérieure n'était plus utilisée.

**Sources :** Observation, politique du foyer sur la sécurité des portes (*Door Safety*), entretiens avec le personnel.

## **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.

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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**

Lors d'une observation, il a été constaté que les portes du service d'entretien au premier étage, de la salle de matériel souillé et d'une salle de bain du personnel au deuxième étage étaient déverrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel.

Selon la politique du foyer, toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Différents membres du personnel ont confirmé que les portes auraient dû être gardées verrouillées quand elles n'étaient pas surveillées.

**Sources :** Observation, politique du foyer sur la sécurité des portes (*Door Safety*), entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel facile d'accès et facile à utiliser en tout temps par les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

A. Lors d'une observation, il a été noté qu'une personne résidente était assise dans son fauteuil roulant dans sa chambre, alors que sa sonnette d'appel était hors de sa portée.

Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente n'avait pas accès à sa sonnette d'appel et qu'il lui a remise.

B. Lors d'une observation, il a été noté qu'une personne résidente était assise dans son fauteuil roulant dans sa chambre alors que sa sonnette d'appel se trouvait sur son lit. Il a été observé que la personne résidente essayait d'atteindre sa sonnette d'appel, mais elle n'a pas réussi.

Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente n'avait pas accès à sa sonnette d'appel et qu'il lui a remise.

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Il y avait un risque que les personnes résidentes auraient pu être incapables d'appeler pour obtenir l'aide nécessaire, car leurs sonnettes d'appel n'étaient pas accessibles pendant qu'elles étaient dans leur chambre.

**Sources :** Observation des soins prodigués à la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

10. Son état de santé, notamment les allergies qu'il a, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a commencé à ressentir une douleur intense à une date déterminée. Une évaluation de la douleur V2 dans PointClickCare a été effectuée à la même date, mais aucune mention d'une évaluation interdisciplinaire n'a été

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

retrouvée dans le programme de soins ou les notes d'évolution de la personne résidente.

Le responsable du programme de gestion de la douleur a confirmé que les évaluations de la douleur pour la personne résidente ne reposaient pas sur une évaluation interdisciplinaire.

Le défaut de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire a exposé la personne résidente au risque que ses douleurs ne soient pas soulagées.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente, entretien avec le responsable du programme de gestion de la douleur.

## **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer.

**Justification et résumé**

À une date déterminée, l'état d'une personne résidente s'est considérablement dégradé et elle a commencé à recevoir des soins palliatifs. Le dépistage de la douleur n'a pas été effectué, et la surveillance de la douleur n'a pas été amorcée.

La procédure de traitement et de gestion de la douleur en soins de longue durée (*LTC-Pain Intervention and Monitoring Procedure*) indiquait que la gestion de la douleur devait être amorcée lors d'un changement de l'état de santé, et la procédure d'évaluation de la douleur en soins de longue durée (*LTC-Pain Assessment Procedure*) exigeait que toute personne résidente dont l'état avait changé soit soumise à un dépistage de la douleur.

Un membre du personnel autorisé et le responsable du programme de gestion de la douleur ont confirmé qu'un changement important de l'état de santé et le début des soins palliatifs auraient dû être notés, et que le dépistage et la gestion de la douleur auraient dû être amorcés.

Le défaut de mettre en œuvre le programme de gestion de la douleur aurait pu entraîner une mauvaise gestion de la douleur pour la personne résidente.

**Sources :** Dossiers cliniques des résidents, entretiens avec le personnel, procédure d'intervention et de surveillance de la douleur dans les SLD (*LTC-Pain Intervention and Monitoring Procedure*) (dernière révision le 31 mars 2024), procédure

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

d'évaluation de la douleur dans les SLD (*LTC-Pain Assessment Procedure*) (dernière révision le 31 mars 2024).

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 010 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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance des réactions de la personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance de son programme de gestion de la douleur pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que le programme de gestion de la douleur prévoie la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur le programme d'évaluation de la douleur et de gestion des symptômes (*Pain Assessment and Symptom Management Program Policy*) et la procédure d'évaluation de la douleur en soins de longue durée, toutes deux datées du 31 mars 2024, qui faisaient partie du programme de gestion de la douleur du titulaire de permis.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

À deux dates précises, le niveau de douleur d'une personne résidente a été évalué, et des médicaments lui ont été administrés afin de soulager la douleur. Toutefois, aucune évaluation de suivi n'a été effectuée pour déterminer l'efficacité des stratégies et les réactions de la personne résidente.

Selon la politique du foyer sur le programme d'évaluation de la douleur et de gestion des symptômes, l'efficacité des interventions de gestion de la douleur doit être évaluée. La procédure d'évaluation de la douleur en soins de longue durée précisait que l'efficacité des interventions de gestion de la douleur devait être surveillée, et que les résultats pour les personnes résidentes devaient être évalués.

Le responsable du programme de gestion de la douleur a confirmé que les réactions de la personne résidente et l'efficacité des interventions de gestion de la douleur n'avaient pas été évaluées.

Le fait de ne pas avoir évalué les réactions de la personne résidente et l'efficacité des interventions de gestion de la douleur a exposé cette dernière au risque de ressentir une douleur non soulagée.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique sur le programme d'évaluation de la douleur et de gestion des symptômes (*Pain Assessment and Symptom Management Program Policy*) (examinée le 31 mars 2024), procédure d'évaluation de la douleur en soins de longue durée (*LTC-Pain Assessment Procedure*) (examinée le 31 mars 2024), entretien avec le responsable du programme de gestion de la douleur.

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 011 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément à cette fin lorsque sa douleur n'a pas été soulagée au moyen des interventions initiales.

### **Justification et résumé**

À deux dates précises, le niveau de douleur de la personne résidente a été évalué au moyen de l'échelle numérique de la douleur.

À chaque évaluation de suivi de la douleur, le PAINAD, une échelle servant à évaluer les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs, a été utilisé.

Le programme de soins de la personne résidente prévoyait que sa douleur devait être évaluée au moyen d'un outil de surveillance approprié.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Un membre du personnel autorisé et le directeur adjoint des soins ont confirmé que la personne résidente n'avait pas été évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, alors que la douleur de la personne résidente n'avait pas été soulagée par les interventions initiales, car elle ne souffrait pas de troubles cognitifs.

La personne résidente n'a pas été évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique après que sa douleur n'a pas été soulagée par les interventions initiales, ce qui l'exposait au risque de ressentir une douleur non soulagée.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente; et entretiens avec un membre du personnel autorisé et le directeur adjoint des soins.

### **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (i) 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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des marches à suivre dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager visant le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes, notamment les baignoires et les chaises de douche.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, il a été noté que la baignoire et la chaise de douche dans la salle de spa d'une aire du foyer étaient sales et souillées.

Les politiques du foyer précisait que tout équipement non critique et réutilisable ayant été en contact direct avec une personne résidente devait être nettoyé et désinfecté avant d'être utilisé avec une autre personne résidente, et que l'équipement devait être nettoyé après utilisation.

Un membre du personnel a confirmé qu'il nettoyait et désinfectait l'équipement après chaque utilisation sur une personne résidente. Toutefois, il a confirmé que la baignoire et la chaise de douche de la salle de spa étaient sales et souillées.

La directrice des soins a confirmé que la baignoire et la chaise de douche devaient être nettoyées entre chaque utilisation et après chaque usage.

Il y a peut-être eu un risque accru de transmission de maladies comme il n'y a pas eu nettoyage ni désinfection de l'équipement de soins partagés des personnes résidentes.

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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Observation; politiques du foyer sur le nettoyage et la désinfection (*Cleaning and Disinfecting*) et sur le nettoyage et la désinfection des baignoires (*Bathtub Cleaning and Disinfecting*); entretiens avec un membre du personnel et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 013 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 mis en œuvre les normes que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

**Justification et résumé**

Selon l'exigence supplémentaire 6.1 en matière d'équipement de protection individuelle (EPI) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis doit mettre l'EPI à la disposition et à la portée du personnel et des personnes résidentes, selon leur rôle et leur niveau ou risque.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Lors d'une observation, il a été noté qu'une personne résidente faisait l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. Il n'y avait pas de blouses disponibles au point de service là où se trouvaient les autres EPI.

Un membre du personnel a confirmé que le personnel devait revêtir un EPI complet, y compris une blouse, lorsqu'il entrait dans la chambre de la personne résidente. Il a confirmé qu'il n'y avait aucune blouse dans le chariot d'EPI.

La directrice des soins a reconnu que des blouses devaient être accessibles et disponibles au point de service.

Il pouvait y avoir un risque accru de transmission de maladies transmissibles étant donné l'absence de l'EPI disponible au point de service.

**Sources :** Observations; entretien avec un membre du personnel et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 148 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de sa politique de destruction et d'élimination des médicaments.

**Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que la politique qu'il avait mise en place soit respectée.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur la gestion des narcotiques et des médicaments contrôlés (*LTC Narcotics and Controlled Drugs Management*), laquelle prévoyait une aire d'entreposage séparée pour les médicaments contrôlés et les narcotiques inutilisés, et que ceux devant être détruits doivent toujours être entreposés dans un lieu verrouillé à double tour.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé l'aire d'entreposage séparée pour les médicaments contrôlés et les narcotiques inutilisés en présence d'un membre du personnel autorisé. Il s'agissait d'une boîte fixée, située dans une aire du foyer, à l'intérieur d'une salle des médicaments verrouillée. Cette boîte se trouvait dans une armoire équipée d'un cadenas, dans la salle des médicaments. Le cadenas n'était pas verrouillé. La boîte était équipée de deux serrures qui étaient verrouillées. La boîte comportait une fente et une ouverture ronde pour insérer les narcotiques inutilisés. Cependant, un narcotique a été trouvé sur la fente de la boîte, et non à l'intérieur.

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le membre du personnel autorisé et la directrice des soins ont confirmé que le narcotique posé sur la fente de la boîte n'était pas entreposé dans un lieu verrouillé à double tour, la boîte étant uniquement verrouillée par la porte de la salle des médicaments.

Il pouvait y avoir un risque pour la sécurité des substances désignées, puisque le foyer n'a pas veillé à ce que tous les narcotiques soient entreposés dans un lieu verrouillé à double tour.

**Sources :** Observation; politique du foyer sur la gestion des narcotiques et des médicaments contrôlés (*LTC Narcotics and Controlled Drugs Management*), révisée pour la dernière fois le 31 mars 2024; entretiens avec un membre du personnel autorisé et la directrice des soins.