

**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

<b>Date d'émission du rapport :</b> 10 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1704-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Westhills Care Centre Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Westhills Care Centre, St Catharines	
<b>Inspectrice principale / Inspecteur principal</b> Olive Nenzeko (C205)	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices / Autres inspecteurs</b> Stephany Kulis (000766)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 24 et du 27 au 29 mai 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00115676 liée à une inspection proactive de la conformité

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

**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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## 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 l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

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).

**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 mettre en œuvre la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022.

**Justification et résumé**

La *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* indique à la section 9.1 que des précautions supplémentaires doivent être prises dans le programme de PCI, notamment ceci : e) une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de prévention et contrôle des infections étaient en place.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière faisait l'objet de précautions en cas de contact.

La porte de la chambre de la personne résidente ne présentait pas d'affiche indiquant les précautions à prendre en cas de contact.

Le personnel a confirmé qu'il n'y avait pas d'affiche relative aux précautions à prendre en cas de contact sur la porte de la chambre.

Le lendemain, une affiche sur les précautions à prendre en cas de contact a été apposée sur la porte de la personne résidente.

**Sources** : Entretien avec le personnel; observation de la chambre de la personne résidente; *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023.

[000766]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 24 mai 2024

**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° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la  
*LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 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 :

4. Les médicaments devant être détruits sont détruits conformément au  
paragraphe (3). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 148 (2).

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que sa politique en matière de destruction  
et d'élimination des médicaments prévoie également que les médicaments devant  
être détruits le soient conformément au paragraphe (3), plus précisément que les  
médicaments doivent être détruits par une équipe agissant de concert et  
composée, dans tous les autres cas, d'un autre membre du personnel nommé par le  
directeur des soins infirmiers et des soins personnels.

**Justification et résumé**

L'inspectrice n° C205 a examiné la politique du foyer en matière de destruction et  
d'élimination des médicaments, qui stipulait que les médicaments devaient être  
détruits par une équipe agissant de concert et composée d'un membre du  
personnel infirmier autorisé pour les substances non contrôlées.

Le directeur général des services cliniques a confirmé que les substances non  
contrôlées et tous les autres médicaments étaient détruits par deux employés  
autorisés. Le directeur général des services cliniques a reconnu que la politique  
actuelle du foyer en matière de destruction des médicaments ne prévoyait qu'un

**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

seul membre du personnel autorisé pour la destruction des substances non contrôlées.

Le directeur général des services cliniques a mis à jour la politique le même jour pour inclure deux membres du personnel infirmier autorisé pour la destruction des médicaments pour les substances non contrôlées.

**Sources** : Politique du foyer en matière de destruction et d'élimination des médicaments (révisée pour la dernière fois en janvier 2023); entretien avec le directeur général des services cliniques.

[C205]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 28 mai 2024

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

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (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 soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins de la personne résidente demandait au personnel d'évaluer les chaussures et d'encourager l'utilisation d'un type particulier de chaussures. La

**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

personne résidente a fait une chute et un facteur contributif a été documenté, à savoir que la personne ne portait pas les chaussures requises.

Le personnel a déclaré que les chaussures de la personne résidente n'avaient pas été évaluées et que le programme de soins n'avait pas été respecté.

Le fait de ne pas avoir suivi le programme de soins a augmenté le risque de chute de la personne résidente.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel. [000766]

### **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) et consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température devant être mesurée en application du paragraphe (2) soit consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

#### **Justification et résumé**

Le paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 stipule que la température doit être mesurée et documentée dans au moins deux chambres à coucher de personnes

**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

résidentes dans différentes parties du foyer, une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, qui peut comprendre un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir, et chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a une dans le foyer.

Les registres de température du foyer ont été examinés pour le mois d'avril 2024. Pendant 30 jours au cours de la période d'examen, la documentation sur la température était manquante soit le matin, soit entre 12 h et 17 h, soit le soir.

L'administratrice a confirmé que les températures n'avaient pas été mesurées et documentées conformément aux exigences législatives.

En ne mesurant pas et en ne documentant pas les températures dans le foyer aux heures requises, il y a un eu risque de ne pas identifier les températures qui pourraient nécessiter des mesures correctives.

**Sources :** Registres des températures d'avril 2024 et entretiens avec l'administratrice et le directeur des soins.  
[000766]

## **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**

Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

**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

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 mettre en œuvre la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022.

**Justification et résumé**

La *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* indique à la section 9.1 que des précautions supplémentaires doivent être prises dans le programme de PCI, ce qui comprend (f) des exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection et le port appropriés de cet équipement.

Une affiche sur les précautions additionnelles a été placée à l'extérieur de la porte de la chambre d'une personne résidente, indiquant l'EPI requis pour les soins. Un membre du personnel a été observé en train de nourrir la personne résidente dans sa chambre alors qu'il ne portait pas l'EPI requis.

Le membre du personnel a reconnu qu'il ne portait pas l'EPI approprié.

Le fait de ne pas avoir porté l'EPI requis a entraîné un risque de propagation de l'infection.

**Sources :** Observations et entretien avec le personnel; observation de la chambre de la personne résidente; *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023.

[000766]

**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 : Comité d'amélioration constante de la qualité**

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 8 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité (amélioration constante de la qualité) se compose d'au moins les personnes suivantes :

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire de l'autorisation n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'au moins un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme personne préposée aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui répondait aux qualités des personnes préposées aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

### **Justification et résumé**

Le procès-verbal de la réunion de l'amélioration constante de la qualité de mai 2024 montre que les membres de leur comité ne comprenaient pas un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme personne préposée aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui répondait aux qualités des personnes préposées aux services de soutien personnel.

Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que leur comité d'amélioration constante de la qualité ne comprenait pas de personne préposée au

**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

soutien personnel, mais qu'il y en aura une d'ici la prochaine réunion de l'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Procès-verbal de la réunion de l'amélioration constante de la qualité; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

[C205]