

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Rapport public**

**Date d'émission du rapport :** 12 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1377-0006

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Halton Hills, Georgetown

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 8, les 13 et 14, du 19 au 22 et du 25 au 28 novembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00130744, liée à une inspection proactive de la conformité.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Droits et choix des 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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

## 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 le problème de 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 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont changé.

### Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente ne tenait pas compte du type de régime alimentaire en vigueur de cette dernière.

Le 7 novembre 2024, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour de manière à tenir compte du bon type de régime alimentaire.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Sources :** dossiers de santé cliniques d'une personne résidente; observations des repas; entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), un aide en diététique, le gestionnaire des services diététiques et le diététiste professionnel (Dt.P.).

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 7 novembre 2024

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

**Non-respect : de l'alinéa 85 (3) r) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une explication des protections qu'offre l'article 30 soit affichée dans le foyer.

**Justification et résumé**

Lors de la première visite du foyer, une inspectrice ou un inspecteur des foyers de soins de longue durée (SLD) a remarqué qu'il n'y avait pas d'explication des protections qu'offre l'article 30 affichée dans le foyer.

Le 7 novembre 2024, une affiche ayant pour titre *Whistleblower Reporting* (signalement par les sonneurs d'alerte) qui comprenait une explication générale des protections qu'offre l'article 30 a été placée sur le tableau d'affichage du foyer.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Sources :** observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de SLD;  
correspondance par courriel d'Extendicare Corporate; entretien avec la directrice  
des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 7 novembre 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*  
(2021).

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille  
au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés  
exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires  
exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la  
disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont  
participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces  
modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le registre écrit des évaluations du  
programme de gestion des soins de la peau et des plaies et du programme de  
gestion de la douleur comprenne la date de l'évaluation, un résumé des  
changements apportés et la date de mise en œuvre de ces changements.

**Justification et résumé**

L'évaluation annuelle du programme de gestion des soins de la peau et des plaies  
et du programme de gestion de la douleur du foyer ne comprenait pas la date de  
l'évaluation, un résumé des changements apportés afin d'améliorer les résultats  
pour les personnes résidentes et les dates de mise en œuvre de ces changements.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le 27 novembre 2024, les évaluations des programmes ci-dessus ont été révisées de manière à inclure les renseignements requis.

**Sources :** évaluations du programme de gestion des soins de la peau et des plaies et du programme de gestion de la douleur du foyer; entretien avec le directeur adjoint des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 27 novembre 2024

Problème de conformité n° 004 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**

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 ce que le personnel respecte la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) délivrée par le directeur.

**Justification et résumé**

Conformément à l'exigence supplémentaire du point b) de la section 7.3 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI), le titulaire de permis doit veiller à ce que des vérifications soient effectuées régulièrement (au moins une fois tous les trimestres) pour vérifier que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Les vérifications de l'hygiène des mains et du port et du retrait de l'équipement de protection individuelle (EPI) du foyer ne comprenaient pas les noms des membres du personnel ayant fait l'objet d'une vérification, suivant les besoins.

Le 21 novembre 2024, le directeur adjoint des soins a indiqué que les noms des membres du personnel ayant fait l'objet d'une vérification seraient enregistrés à l'avenir.

**Sources** : vérifications de l'hygiène des mains et de l'EPI du foyer; entretiens avec le directeur adjoint des soins et le conseiller en PCI.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 novembre 2024

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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 27 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

27. Le résident a le droit d'être informé par écrit de toute loi, règle ou politique qui influe sur les services qui lui sont fournis ainsi que de la marche à suivre pour porter plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit d'une personne résidente d'être informée par écrit de la politique qui influe sur l'une de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) soit respecté.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait des restrictions pour une de ses AVQ et n'a pas été informée de toute politique ou règle qui influait sur cette activité.

En n'indiquant pas à la personne résidente la politique ou la règle qui restreignait une de ses AVQ, cette personne ne connaissait pas le motif des restrictions et demeurait insatisfaite du processus de communication du foyer.

**Sources :** dossiers de santé cliniques d'une personne résidente; correspondance par courriel du foyer; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée, l'administrateur et la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 006 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 écrit d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins écrit d'une personne résidente comportait des directives précises sur une des interventions en nutrition de cette dernière.



**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Parfois, ces directives n'étaient pas respectées.

Quand le personnel ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente, il y avait un risque potentiel de préjudice pour cette dernière.

**Sources :** dossiers de santé cliniques d'une personne résidente; observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de SLD; entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température de l'air soit mesurée et documentée par écrit, dans au moins deux chambres de personnes résidentes situées dans des parties différentes du foyer, dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer et dans une aire de refroidissement désignée.

### **Justification et résumé**

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le registre des températures ambiantes du foyer sur une période de 20 jours montrait qu'à plusieurs occasions, la température ambiante n'avait pas été mesurée et enregistrée pour deux chambres de personnes résidentes situées dans deux sections différentes du foyer, et dans les salons ou les aires de refroidissement désigné(e)s de toutes les sections accessibles aux résidents.

En ne mesurant pas et n'enregistrant pas les températures ambiantes comme il se doit, il y avait un risque que le personnel ne puisse pas réaliser les interventions au bon moment quand la température ambiante descendait sous les 22 degrés Celsius.

**Sources** : registre des températures ambiantes du foyer; entretiens avec le gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant**

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

**Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'équipement d'une personne résidente conformément aux instructions du fabricant.

**Justification et résumé**

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Les instructions du fabricant de l'équipement d'une personne résidente indiquaient des risques de blessure quand l'équipement n'est pas utilisé pour ce à quoi il est destiné.

À plusieurs occasions, le personnel a utilisé l'équipement d'une personne résidente pour une fin non indiquée dans les instructions du fabricant et sans connaître les risques associés. À une autre occasion, la famille de la personne résidente a utilisé l'équipement de cette dernière de façon inappropriée, sans être informée des risques potentiels.

Quand le personnel ne suivait pas les instructions du fabricant relativement à l'utilisation de l'équipement d'une personne résidente, il y a avait un risque pour la sécurité de cette dernière.

**Sources :** dossiers de santé cliniques d'une personne résidente; manuel du fabricant de l'équipement de la personne résidente, révisé la dernière fois en 2023; entretiens avec la personne résidente et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes**

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

**Non-respect : du paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une intervention réalisée auprès d'une personne résidente dans le cadre du programme de gestion des soins de la peau et des plaies et les réactions de cette dernière à cette intervention soient consignées.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente exigeait que le personnel réalise une intervention précise en lien avec les soins de la peau et des plaies.

Cette intervention et les réactions de la personne résidente à cette dernière n'étaient pas indiquées dans le programme de soins.

En ne consignant pas l'intervention réalisée auprès de la personne résidente et les réactions de cette dernière, au besoin, le personnel pourrait ne pas avoir réalisé l'intervention de la même manière et il était difficile d'évaluer l'efficacité de celle-ci.

**Sources** : dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des traitements et des interventions, notamment la physiothérapie et les soins alimentaires. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (1).

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas respecté la procédure relative au traitement et aux interventions pour les plaies d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que son programme de soins de la peau et des plaies comprenne un traitement et des interventions pour les plaies et veiller à ce que ce programme soit suivi.

**Justification et résumé**

La politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies indiquait que le régime de traitement pour toute altération de l'intégrité épidermique devait être consigné dans le registre électronique d'administration des traitements et/ou le registre électronique d'administration des médicaments. Le personnel devait suivre les protocoles mis en place pour gérer les zones d'intégrité épidermique altérée et utiliser des outils d'évaluation appropriés sur le plan clinique, tels que l'outil d'évaluation des plaies pour les lésions de pression/stases veineuses et tout type d'ulcère, et l'évaluation de l'intégrité épidermique altérée, pour toute autre affection dermatologique.

i) Sur une période d'une semaine, il n'y avait pas de trace écrite de traitement appliqué à l'une des zones de blessures cutanées d'une personne résidente dans le registre électronique d'administration des traitements de cette dernière, et il y avait un manque de clarté quant au traitement appliqué et à la fréquence de ce traitement.

Sur une période de six semaines, malgré l'aggravation constante de la blessure cutanée et l'identification d'une nouvelle plaie, le personnel n'a pas utilisé l'outil d'évaluation approprié pour évaluer les plaies de la personne résidente. Les multiples évaluations réalisées pendant cette période ne comprenaient pas les

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

renseignements requis précisés dans la politique du foyer relative aux évaluations des plaies.

ii) À une autre occasion, sur une période de deux semaines, le personnel n'a pas rempli l'outil d'évaluation approprié pour évaluer la nouvelle plaie de la personne résidente. De plus, le registre électronique d'administration des traitements de la personne résidente n'indiquait pas le traitement appliqué à cette plaie.

Le directeur adjoint des soins et la directrice des soins ont affirmé que le personnel aurait dû suivre les protocoles du foyer relatifs aux traitements et aux évaluations des plaies de la personne résidente comme il était indiqué dans la politique du foyer.

L'application partielle des protocoles du foyer relatifs aux évaluations et au traitement des plaies d'une personne résidente pourrait avoir contribué à l'aggravation des plaies de cette dernière.

**Sources :** dossiers de santé cliniques d'une personne résidente; politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies; entretiens avec le directeur adjoint des soins, la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à 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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

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,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente subisse des interventions immédiatement pour réduire la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection de ses plaies.

**Justification et résumé**

On a constaté une lésion cutanée chez une personne résidente. Sur une période d'une semaine, le personnel n'a pas appliqué le traitement comme il était précisé dans le protocole du foyer pour la peau et les plaies. La plaie de la personne résidente s'est aggravée et a nécessité un traitement pour sa désinfection.

À une autre occasion, on a constaté chez la personne résidente des signes d'infection au niveau de ses plaies. Malgré les recommandations de l'infirmière stomothérapeute du foyer, le traitement a débuté plus tard que prévu.

Sur une période d'un mois, on a observé à plusieurs reprises la personne résidente qui ressentait de la douleur lors du changement des pansements et des évaluations de ses plaies. Le personnel ne suivait pas les directives consistant à administrer l'antidouleur de la personne résidente à une heure précise avant le changement des pansements, ce qui retardait l'atténuation ou l'apaisement de la douleur.

La directrice des soins du foyer a affirmé que le personnel aurait dû suivre les traitements de soins de la peau et des plaies et les procédures de gestion de la douleur du foyer.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Ne pas fournir les interventions immédiatement pour favoriser la guérison, prévenir l'infection et réduire la douleur augmentait le risque associé à la douleur non soulagée et à l'aggravation des plaies de la personne résidente.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

### **Non-respect : de l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit évaluée par un Dt.P. pour sa lésion de pression.

### **Justification et résumé**

On a constaté une lésion de pression chez une personne résidente.



**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

La lésion de pression de la personne résidente a continué de se détériorer sur une période d'une semaine. Le Dt.P. n'a pas été informé de la détérioration de la plaie.

En n'évaluant pas les besoins nutritionnels de la personne résidente en lien avec sa lésion de pression, on n'a pas pu réaliser les interventions nutritionnelles appropriées.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **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 n'a pas suivi les méthodes de communication et d'évaluation de son programme de gestion de la douleur en lien avec la douleur d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b du Règl. de l'Ont., le titulaire de permis doit veiller à ce que son programme de gestion de la douleur comprenne des méthodes de communication et d'évaluation pour les personnes résidentes qui ne peuvent pas exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive, et veiller à ce que ce programme soit respecté.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

La politique du foyer relative à l'identification et à la gestion de la douleur indiquait qu'une évaluation de la douleur dans la démence avancée devait être utilisée pour évaluer la gravité de la douleur pour toutes les personnes résidentes ne pouvant pas exprimer leur douleur ou ayant une déficience cognitive.

Une personne résidente était incapable d'évaluer sa douleur en raison de ses capacités cognitives limitées. À deux occasions distinctes sur une période de trois semaines, le personnel n'a pas utilisé l'outil d'évaluation de la douleur dans la démence avancée pour évaluer l'intensité de la douleur de la personne résidente.

Ne pas utiliser le bon outil d'évaluation de la douleur faisait que l'intensité de la douleur de la personne résidente ne pouvait pas être évaluée avec précision et augmentait le risque que les interventions appropriées visant à soulager ou atténuer la douleur ne soient pas réalisées.

**Sources :** dossiers de santé clinique d'une personne résidente; politique du foyer relative à l'identification et à la gestion de la douleur; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 014 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.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur d'une personne résidente n'ayant pas été soulagée avec les interventions initiales soit évaluée.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait des plaies qui lui causaient de la douleur. Son programme de soins indiquait que le personnel devait réaliser une évaluation complète de la douleur quand les évaluations des plaies étaient réalisées.

À trois occasions séparées, la personne résidente ressentait de la douleur malgré ses antidouleurs administrés comme prévu au calendrier.

Aucune évaluation complète de la douleur n'a été réalisée les fois où la douleur de la personne résidente n'avait pas été soulagée avec les interventions de gestion de la douleur initiales.

En n'évaluant pas la douleur de la personne résidente quand la douleur n'avait pas été soulagée avec les interventions initiales, le personnel n'a pas pu mettre en œuvre des mesures appropriées pour gérer la douleur et il était difficile d'évaluer l'efficacité des interventions fournies.

**Sources** : dossiers de santé clinique d'une personne résidente; entretiens avec le directeur adjoint des soins et la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation du cycle de menus comprenant la date de l'évaluation, les noms des personnes ayant participé à cette dernière et la date de mise en œuvre des changements.

**Justification et résumé**

L'évaluation du cycle de menus d'automne/hiver 2024 du foyer n'indiquait pas la date de l'évaluation, le nom du gestionnaire des services diététiques ayant participé à cette dernière et la date de mise en œuvre des changements, au besoin.

**Sources** : examen et outil d'approbation des menus d'automne/hiver 2024; entretiens avec le gestionnaire des services diététiques et le Dt.P.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plats prévus au menu soient offerts et disponibles à chaque repas.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

À une occasion, trois choix indiqués au menu n'étaient pas offerts et accessibles aux personnes résidentes lors d'un service des repas à l'une des sections accessibles aux résidents.

En n'offrant pas les choix indiqués au menu, les attentes des personnes résidentes quant aux aliments offerts et disponibles n'ont pas été satisfaites.

**Sources :** observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de SLD; menu d'automne/hiver 2024-2025; recette standardisée; entretiens avec un aide en diététique, un cuisinier et le gestionnaire des services diététiques.

**AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire**

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système structuré de préparation alimentaire du foyer prévoie la communication des substitutions de menu aux personnes résidentes et au personnel.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le système structuré de préparation alimentaire du foyer soit respecté.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

La politique du foyer relative aux substitutions de menu indiquait que le responsable ou la personne désignée du service de diététique devait consigner les substitutions de menus sur le menu quotidien affiché dans les sections accessibles aux résidents.

À une occasion, les substitutions de menu pour trois aliments n'ont pas été consignées sur le menu quotidien affiché dans l'une des sections accessibles aux résidents.

En ne communiquant pas les substitutions de menu aux personnes résidentes et au personnel par l'entremise du menu quotidien affiché, les personnes résidentes pourraient avoir prévu de faire des choix parmi les choix indiqués au menu qui n'étaient pas disponibles.

**Sources** : observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de SLD; politique du foyer relative aux substitutions de menu; menu d'automne/hiver 2024-2025; menu quotidien; recette standardisée; entretiens avec un aide en diététique, un cuisinier et le gestionnaire des services diététiques.

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

Problème de conformité n° 018 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 :

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

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 ce que le personnel respecte la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) délivrée par le directeur.

**Justification et résumé**

Conformément à l'exigence supplémentaire de la section 9.1 de la Norme de PCI, le titulaire de permis doit veiller au respect de l'hygiène des mains, qui comprend notamment les quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher la personne résidente ou son environnement, avant une intervention aseptique, après un risque de contact avec un liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

À une occasion, une PSSP étudiante n'a pas respecté les quatre moments de l'hygiène des mains après avoir touché des articles souillés et avant et après des contacts avec des personnes résidentes.

En n'effectuant pas l'hygiène des mains comme il se doit, il y a eu un risque accru de transmission de microorganismes entre les personnes résidentes et le personnel.

**Sources** : observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur des foyers de SLD; entretiens avec une PSSP étudiante et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Justification et résumé**

À la suite d'un incident d'administration de médicaments, la prescription du prescripteur d'une personne résidente indiquait des directives précises à l'intention du personnel pour l'administration des médicaments de la personne résidente.

À une autre occasion, le personnel n'a pas suivi le mode d'emploi précisé par le prescripteur et la personne résidente n'a pas reçu le médicament comme prescrit. L'administration incorrecte du médicament a entraîné des symptômes chez la personne résidente.

La directrice des soins a affirmé que le personnel devait suivre le mode d'emploi du prescripteur lors de l'administration du médicament à la personne résidente.

Le défaut du personnel de suivre le mode d'emploi du prescripteur a exposé la personne résidente à des risques liés à l'administration incorrecte du médicament.

**Sources** : dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente et le personnel.

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

Problème de conformité n° 020 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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**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 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 permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité du foyer comprenne parmi ses membres tous les responsables désignés du foyer.

**Justification et résumé**

L'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer a indiqué que le comité d'amélioration constante de la qualité n'avait pas de PSSP parmi ses membres.

En n'incluant pas chaque responsable désigné du foyer dans le comité d'amélioration constante de la qualité, on a raté l'occasion de recueillir des commentaires interdisciplinaires pertinents sur les initiatives d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec l'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

**AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité**

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 5 iii 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 :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux familles et aux membres du personnel du foyer.

**Justification et résumé**

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et leur sa famille avaient été communiqués aux familles et aux membres du personnel du foyer.

L'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer a mentionné qu'il n'avait pas de relevé indiquant si les résultats du sondage avaient été communiqués, comme il se doit.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Sources** : rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer; entretien avec l'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la sous-disposition 6 v 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 :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions 6 i et ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22 ont été communiquées au conseil des résidents, aux familles et aux membres du personnel du foyer.

### **Justification et résumé**

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas le relevé de la manière et des dates auxquelles les mesures prises par le foyer avaient été communiquées au conseil des résidents, aux familles et aux membres du personnel du foyer.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

L'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer a mentionné qu'il n'avait pas de relevé indiquant si les mesures prises par le foyer ci-dessus avaient été communiquées, comme il se doit.

**Sources** : rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer; entretiens avec l'administrateur/le responsable de l'amélioration constante de la qualité.