

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 1^{er} octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1196-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation en tant qu'associé commandité de The Royale Development LP	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bloomington Cove Community, Stouffville	
Inspectrice principale/Inspecteur principal L'inspecteur/l'inspectrice	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 27 au 30 août 2024 et les 4 et 5 septembre 2024

Les inspections concernaient :

- Une inspection relativement à la prévention et à la gestion des chutes
- Une inspection relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 – avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 3 (1) 4 de la LRSLD (2021).

Déclaration des droits des résidents

Par. 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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée d'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 du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mauvais traitement de la part du personnel.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) soumis au directeur ou à la directrice indiquait que le personnel avait entendu une PSSP parler de manière inappropriée à une personne résidente dans sa chambre.

Le membre du personnel a confirmé avoir entendu l'interaction entre la PSSP et une personne résidente et avoir également observé qu'une seule PSSP était sortie de la chambre de la personne résidente. La PSSP a confirmé avoir parlé de manière inappropriée à la personne résidente pendant leur interaction verbale tout en lui prodiguant des soins.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a reconnu que l'interaction entre la PSSP et la personne résidente constituait un mauvais traitement.

Ne pas protéger la personne résidente d'un mauvais traitement verbal pourrait avoir affecté négativement la qualité de vie de personne résidente.

Sources : RIC, notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : FOYER SÛR ET SÉCURITAIRE

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 5 de la LRSLD (2021).

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Art. 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une aire du foyer pour les personnes résidentes soit un milieu sûr pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, il a été observé que l'éclairage semblait faible pour les dix personnes résidentes qui étaient assises dans le salon des résidents. Il a été observé que six des treize luminaires encastrés du salon ne fonctionnaient pas. À trois dates en août 2024, quatre luminaires encastrés ont été réparés. Pendant la dernière date d'inspection, deux luminaires encastrés ne fonctionnaient toujours pas.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) a confirmé avoir effectué une vérification de l'unité précisée, mais ne pas être allé dans le salon et ne pas être au courant que six luminaires encastrés ne fonctionnaient pas. Le ou la GSE a confirmé que le processus est que le personnel doit informer le ou la GSE des réparations à effectuer dans le foyer. Une PSSP a confirmé être au courant du faible éclairage, mais avoir signalé le problème à un préposé ou une préposée de l'entretien ménager plutôt que sur le portail en ligne de la maintenance. L'administrateur a confirmé lors de l'entretien de sortie suivant que les deux luminaires encastrés restants dans le salon en question ne fonctionnaient pas encore.

Ne pas réparer l'éclairage a placé les personnes résidentes à risque de se trouver dans un environnement dangereux.

Sources : observations, entretiens avec les membres du personnel.

2. Le foyer n'a pas veillé à ce qu'une zone extérieure soit un milieu sûr et sécuritaire pour

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, il a été observé qu'une zone extérieure déterminée était inutilisable pour les personnes résidentes. Deux parties de la clôture manquaient et une clôture temporaire en plastique rouge était en place, l'ameublement extérieur n'était pas disponible à l'utilisation. Une affiche sur la porte indiquait que l'unité était temporairement fermée et redirigeait les familles et les personnes résidentes vers une terrasse du côté ouest, de l'autre côté du foyer. Il a été observé que l'ameublement extérieur avait été placé et qu'un ruban de sécurité jaune se trouvait autour de la zone de clôture manquante. L'affiche précédente avait été remplacée par une nouvelle pour indiquer que seules les visites supervisées avec les personnes résidentes étaient autorisées et dirigeait les familles et les personnes résidentes vers une terrasse du côté ouest, de l'autre côté du foyer. Une autre affiche de directives indiquait de rester loin des zones avec du ruban de sécurité jaune.

Le ou la GSE et le directeur général ou la directrice générale ont indiqué que le personnel avait démolé la clôture plusieurs mois au paravent.

Pendant un entretien avec le directeur général ou la directrice générale, une demande a été faite pour examiner le plan d'action de réparation de la clôture et celui-ci a été reçu trois jours plus tard.

Des entretiens avec le directeur général ou la directrice générale et le ou la GSE ont confirmé que ceux-ci étaient au courant pendant plusieurs mois que les personnes résidentes ne pouvaient pas quitter l'unité, puisqu'une autorisation était nécessaire pour en sortir. Ils ont confirmé que certaines personnes résidentes n'avaient pas été amenées dehors pendant la période où la clôture était démolie, sauf si un membre de la famille 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-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

amenait sur la terrasse du côté ouest ou si une personne résidente faisait partie d'un programme pour aller dehors.

Le mandat de réparer le toit a été octroyé à un service de sous-traitance déterminé, mais celui-ci n'a pas soumis de devis ni de plan pour l'étendue des travaux. Aucune réparation n'a été entamée pendant la période d'inspection.

Ne pas fournir d'espace extérieur sûr et sécuritaire aux personnes résidentes a mis les personnes résidentes à risque d'avoir des activités extérieures limitées.

Sources : observations, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DU TITULAIRE DE PERMIS À SE CONFORMER AU PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

par. 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 soient fournis à cette dernière, comme l'indique son programme.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à une allégation de mauvais

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

traitement pendant les soins. Un membre du personnel a confirmé avoir entendu l'interaction entre une PSSP et une personne résidente et avoir également observé une seule PSSP sortir de la chambre de la personne résidente après l'interaction.

Un examen du programme de soins de la personne résidente indiquait que tous les soins personnels à la personne résidente nécessitaient deux membres du personnel en tout temps pour des raisons de sécurité. Les entretiens avec la personne résidente et la PSSP ont confirmé que la PSSP avait fourni par elle-même des soins personnels à la personne résidente. La PSSP a affirmé savoir que la personne résidente avait besoin de deux membres du personnel.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a admis que le personnel est responsable de s'assurer que les soins sont fournis à la personne résidente comme le précise son programme de soins.

Ne pas s'assurer que deux membres du personnel soient présents pour fournir les soins personnels à la personne résidente, comme le prévoit le programme de soins, a mis la sécurité de la personne résidente à risque.

Sources : RIC, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'HÉBERGEMENT

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Services d'hébergement

Par. 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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le toit soit maintenu en bon état.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, une PSSP a parlé à l'inspecteur ou l'inspectrice concernant le plafond dans une salle à manger des résidents. Elle expliqua que lorsqu'il pleut, de l'eau s'écoule de la cloison du plafond, que le personnel doit utiliser des seaux blancs pour recueillir l'eau et doit déplacer six tables de résidents vers un autre endroit de la salle à manger pour éviter les risques de chute pour les personnes résidentes.

Les observations comprenaient :

- le corridor principal d'une unité identifiée du troisième étage qui comportait une cloison de plafond avec des taches brunes, du béton écorné et écaillé et en mauvais état;
- la salle à manger de l'unité identifiée au deuxième étage qui comportait une cloison de plafond avec des taches brunes, du béton écorné et écaillé et en mauvais état.

Pendant un entretien avec le directeur général ou la directrice générale (DG), une demande a été faite pour examiner le plan d'action de réparation du toit et celui-ci a été reçu trois jours plus tard.

Les entretiens avec le ou la DG et le ou la GSE ont confirmé que ceux-ci étaient au courant que de l'eau s'infiltrait par le toit lorsqu'il pleut dans deux zones du foyer où les personnes résidentes marchent, dans le corridor principal de l'unité identifiée et dans la salle à manger de l'unité identifiée. Ils ont confirmé que les infiltrations avaient lieu depuis plusieurs mois.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le ou la DG a confirmé que le service de sous-traitance précisé avait reçu le mandat de réparer le toit, mais n'avait pas soumis de devis ni de plan pour la portée des travaux. Aucune réparation n'a été amorcée pendant la période de l'inspection.

Les personnes résidentes étaient à risque de tomber lorsque l'eau s'infiltrait par le toit pendant les périodes de pluie alors que le foyer n'était pas maintenu en bon état.

Sources : observations, entretiens avec les membres du personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les murs, les stores et les fenêtres soient en bon état.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, les problèmes suivants ont été observés :

- Le plafond et le mur d'un salon comportaient du béton brisé, une zone ouverte dans le mur et des tuiles de plafond ouvertes.
- L'unité identifiée comportait quatre zones ouvertes dans le couloir, où il manquait des tuiles de plafond.
- La salle de spa de l'unité identifiée présentait des murs décolorés dans la zone de la douche.
- Des stores de l'unité identifiée brisés et inutilisables dans une position fermée dans l'aire de salon des résidents.
- Des stores de l'unité identifiée brisés et inutilisables dans la salle à manger.

Le ou la DG ou le ou la GSE ont confirmé ne pas être au courant du mauvais état de ces zones de l'unité précisée, mais être au courant du mauvais état du salon. Les deux ont confirmé qu'il n'y avait pas de plan d'action en place pour corriger les zones préoccupantes au moment de l'inspection, mais que les problèmes allaient être traités. La responsable de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

la PCI a confirmé ne pas être au courant du mauvais état.

Ne pas maintenir les stores en bon état a mis les personnes résidentes à risque de ne pas profiter de la vue extérieure. Ne pas maintenir les murs et le plafond en bon état représentait un risque pour les personnes résidentes que leur foyer soit en mauvais état et pose un risque d'infection.

Sources : observations, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à une température d'au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, une personne résidente a soulevé une préoccupation et a été interrogée concernant la climatisation dans sa chambre.

Une liste des journaux de la température ambiante a été demandée au foyer pour un mois précis de 2024 pendant l'inspection. Le Air Temperature Form [formulaire de la température ambiante] indique que les températures doivent être mesurées chaque matin,

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

entre 12 h et 17 h et le soir ou la nuit, du 15 mai au 15 septembre. Le formulaire indiquait que le personnel doit faire rapport et prendre des mesures lorsque les températures ambiantes sont inférieures à 22 degrés Celsius. Une vérification du formulaire de la température ambiante pour une période de trois mois en 2024 indiquait onze occasions où la température ambiante était inférieure à 22 degrés Celsius dans le foyer. Il n'y a pas eu de rapport ni de mesure corrective prise.

Le ou la GSE a confirmé son examen des journaux de températures, mais ne pas être au courant des onze reprises où la température était inférieure à 22 degrés Celsius dans le foyer. Le ou la GSE a confirmé s'attendre à ce que les températures soient mesurées conformément à celles indiquées dans le formulaire des températures ambiantes et à ce qu'il y ait un rapport à la direction et des mesures correctives prises pour la chambre de la personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ne savait pas qu'il fallait mesurer les températures dans le foyer.

Ne pas veiller à ce que la température dans le foyer ne soit pas inférieure à 22 degrés Celsius a mis les personnes résidentes à risque d'inconfort.

Sources : préoccupation d'une personne résidente, vérification du formulaire du foyer sur la température ambiante, entretiens avec une personne résidente et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Température ambiante

Par. 24 (4) Outre les exigences prévues au paragraphe (2), le titulaire de permis veille à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de résidents non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures :

a) tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de personnes résidentes non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures, tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, une personne résidente a été interrogée et celle-ci a indiqué que son climatiseur était installé, mais qu'il produisait du vacarme le soir et la nuit, au moment où elle préférerait que le climatiseur fonctionne. La personne résidente a mentionné ce fait au personnel cinq jours avant l'inspection.

Un examen documentaire des journaux de la température ambiante a indiqué que les températures n'ont pas été mesurées dans la chambre de la personne résidente pour neuf jours déterminés.

Le ou la GSE a admis que les températures des chambres des personnes résidentes n'ont pas été mesurées et qu'il était attendu que le personnel mesure et consigne la température une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures, tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre, si la climatisation de toute personne résidente n'est pas fonctionnelle.

Il y avait un risque accru relatif aux maladies liées à la chaleur pour les 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 du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidentes lorsque les températures ambiantes n'ont pas été surveillées.

Sources : entretiens avec les membres du personnel et une personne résidente, journaux de la température ambiante.

AVIS ÉCRIT : ENTRETIEN MÉNAGER

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 93 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Entretien ménager

Par. 93(2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu au paragraphe 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 :

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position.

Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu au paragraphe 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'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 du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises : (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, deux pièces d'un équipement de soins aux résidents ont été observées. Deux appareils de levage précis se trouvaient dans deux salles de spa distinctes, avec des toiles étiquetées avec les noms des zones du foyer étendues sur les appareils.

Conformément aux Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, les toiles des appareils de levage hydrauliques doivent être lavées entre les patients et lorsque souillées, et également dédiées à une personne résidente si possible.

La responsable de la PCI a confirmé ne pas être au courant que les toiles ne peuvent pas être utilisées pour plusieurs personnes résidentes et que chaque personne résidente devrait avoir une toile qui lui est réservée en vue de son usage personnel. Une PSSP a confirmé que les toiles ne doivent pas être partagées entre les personnes résidentes que tout le monde a sa propre toile.

Ne pas veiller à ce que des procédures soient mises en œuvre concernant les pratiques de nettoyage et de désinfection pour les toiles des appareils de levage hydrauliques présentait le risque de propager les agents infectieux entre les personnes résidentes.

Sources : observations, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e éd., entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 96 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Services d'entretien

Par. 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

d) tous les appareils sanitaires, les toilettes, les lavabos, les barres d'appui et les accessoires des toilettes sont entretenus et exempts de corrosion et de fissures.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour garantir que d) tous les appareils sanitaires, les toilettes, les lavabos, les barres d'appui et les accessoires des toilettes sont entretenus et exempts de corrosion et de fissures.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, une PSSP a indiqué que dans une salle de spa précise, le lavabo et le comptoir de la personne résidente ne sont pas fixés au mur et qu'il y a des fuites dans la plomberie sous le lavabo lorsque l'eau coule, celle-ci est drainée dans un bol sous le lavabo. La PSSP a confirmé que la situation durait depuis plusieurs mois.

Le ou la GSE a confirmé faire des vérifications des salles de spa de la 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-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mais ne pas être au courant pour le lavabo et le comptoir qui n'étaient pas fixés au mur, ainsi que pour la plomberie sous le lavabo qui fuit et qui est drainé dans un bol. Le ou la DG a confirmé ne pas être au courant de la situation et que le foyer n'avait pas pris de mesures pour que des réparations soient effectuées.

Ne pas veiller à ce que le lavabo et le comptoir de la personne résidente soient fixés au mur et à ce qu'il n'y ait pas de fuite dans la plomberie sous le lavabo a mis la personne résidente à risque de préjudice et de chute.

Sources : observations de la salle de spa, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : SUBSTANCES DANGEREUSES

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, il a été observé qu'un chariot de l'entretien ménager avec de produits chimiques avait été laissé dans le couloir sans supervision et déverrouillé, tandis

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

que le préposé ou la préposée à l'entretien se trouvait en réunion.

Le préposé ou la préposée a confirmé que le chariot de l'entretien ménager avait été laissé sans supervision et déverrouillé alors qu'il contenait des produits chimiques dangereux et que cela n'aurait pas dû se produire.

Le ou la GSE a confirmé que tous les chariots d'entretien ménager dans le foyer qui contiennent des produits chimiques doivent être verrouillés lorsqu'ils ne sont pas surveillés, conformément à la politique du foyer.

Ne pas garder verrouillé un chariot d'entretien ménager qui contient des produits chimiques dangereux a mis les personnes résidentes à risque de blessure.

Sources : observations, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : TITULAIRE DE PERMIS : RAPPORT D'ENQUÊTE VISÉ AU PAR. 27 (2) DE LA LOI

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 112 (1) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22.

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Par. 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident notamment :
- ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les rapports soumis au directeur ou à la directrice incluent le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Justification et résumé

Un examen d'un RIC soumis au directeur ou à la directrice n'incluait pas le nom des membres du personnel d'aide de service qui étaient présents lors de l'incident.

Un ou une DASI a confirmé que ce rapport au directeur ou à la directrice ne comprenait pas les renseignements susmentionnés.

Il y avait un faible risque pour les personnes résidentes lorsque le titulaire de permis n'a pas inclus le nom des membres du personnel qui étaient présents lors de l'incident.

Sources : RIC, entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : TITULAIRE DE PERMIS : RAPPORT D'ENQUÊTE VISÉ
AU PAR. 27 (2) DE LA LOI**

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 112 (1) 2. iii. du Règl. de l'Ont. 246/22.

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Par. 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

- 2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
- iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des rapports soumis au directeur ou à la directrice incluent les noms complets de tout membre du personnel qui est intervenu suite à l'incident.

Justification et résumé

Un examen d'un RIC soumis au directeur ou à la directrice n'incluait pas les noms des membres du personnel qui sont intervenus suite à l'incident.

Un ou une DASI a confirmé que ce rapport n'incluait pas les renseignements susmentionnés.

Il y avait un faible risque pour les personnes résidentes lorsque le titulaire de permis n'a pas inclus les noms des membres du personnel qui sont intervenus suite à l'incident.

Sources : RIC, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : RAPPORTS SUR LES INCIDENTS CRITIQUES

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115 (1) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur les incidents graves

Par. 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident notamment :
 - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des rapports soumis au directeur ou à la directrice incluent le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Justification et résumé

Un examen d'un rapport d'incident critique (RIC) soumis au directeur ou à la directrice n'incluait pas les noms complets des membres du personnel qui étaient présent ou qui ont découvert l'incident de chute.

Un ou une DASI a confirmé que ce rapport n'incluait pas les renseignements susmentionnés.

Il y avait un faible risque pour la personne résidente lorsque le titulaire de permis n'a pas inclus les noms complets des membres du personnel qui étaient présents et qui ont découvert l'incident.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : RIC, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Problème de conformité n° 013 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

art. 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables formulés par le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* soient respectés dans le foyer. Plus précisément, l'article 3,12 qui indique que les surfaces souvent touchées (poignées de porte, interrupteurs, mains courantes, téléphones, boutons d'ascenseur, etc.), les zones de traitement, les aires de repas et les aires de détente doivent être nettoyées au moins deux fois par jour pendant une éclosion.

Justification et résumé

À une date déterminée et dans une zone déterminée du foyer, il y a eu une éclosion. L'horaire de l'entretien ménager a confirmé qu'il y avait un quart de travail de 8 h 00 à 13 h 00.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) que le préposé ou la préposée à l'entretien ménager devait travailler de 8 h 00 à 16 h 00 à la place de l'horaire habituel de 8 h 00 à 13 h 00 pendant une éclosion. Lorsque l'inspecteur ou l'inspectrice de la Santé publique était sur place, le ou la GSE lui a également dit que le préposé ou la préposée à l'entretien devait travailler de 8 h 00 à 16 h 00 pendant une éclosion, mais que cette personne était partie à 13 h 00. Le ou la GSE a aussi confirmé qu'une fois que le préposé ou la préposée à l'entretien ménager était parti pour la journée, alors le personnel de PSSP devait effectuer le nettoyage nécessaire pendant une éclosion. Toutefois, la description de tâche des PSSP ne comprenait pas le nettoyage des surfaces souvent touchées ni de formation pour les PSSP sur le nettoyage des surfaces souvent touchées.

Dans un courriel reçu par l'inspecteur ou l'inspectrice, la responsable de la PCI a indiqué que le foyer avait prévu un horaire quotidien de 7,5 heures pour l'entretien ménager jusqu'à la fin de l'éclosion, mais que cela n'avait pas eu lieu en raison du manque de disponibilité du personnel. Un plan a été élaboré le lendemain pour qu'un ou une aide de service qui était nouvellement employé(e) regarde dans les poubelles et signale à l'infirmière ou l'infirmier s'il y avait des craintes. La responsable de la PCI n'a pas abordé la désinfection des surfaces souvent touchées dans le plan et confirmé que l'aide de service avait eu une orientation d'intégration régulière et non particulière à l'entretien ménager. La responsable de la PCI a confirmé que le rôle du poste d'aide de service était de travailler sur l'étage pour aider les membres de l'équipe de PSSP et parfois faire du travail en seul à seul avec certaines personnes résidentes. La responsable de la PCI et le ou la GSE ont confirmé que personne n'avait effectué le nettoyage des surfaces souvent touchées pendant l'éclosion dans la zone des résidents du foyer.

Ne pas effectuer le nettoyage des surfaces souvent touchées pendant une éclosion de maladie respiratoire peut avoir contribué à la propagation de l'infection.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectifs : avril 2024, entretiens avec le personnel, correspondance par courriel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Fenêtres

Problème de conformité n° 014 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 19 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Fenêtres

par. 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Le directeur général ou la directrice générale et le ou la GSE effectueront une vérification complète du foyer pour veiller à ce que chaque fenêtre qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes soit dotée d'une moustiquaire et de manivelles fonctionnelles.

2. Le directeur général ou la directrice générale et le ou la GSE octroieront un contrat à une entreprise de réparation

et de remplacement de fenêtres pour effectuer toutes les réparations décelées.

3. Le foyer consignera toutes les vérifications, y compris les dates et les noms des membres du personnel réalisant la vérification, les plans d'action ainsi que les preuves de l'achèvement des travaux par une entreprise de réparation et de remplacement de fenêtres. S'ils les demandent, mettre immédiatement les documents à la disposition des inspecteurs.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

Le titulaire n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui donne sur l'extérieur et est accessible aux personnes résidentes soit dotée d'une moustiquaire.

Justification et résumé

Une visite initiale du foyer a identifié plusieurs fenêtres dans les chambres de personnes résidentes dans l'ensemble du foyer avec des affiches sur celles-ci indiquant que la fenêtre était brisée. Les fenêtres de plusieurs chambres de personnes résidentes ne disposaient pas de moustiquaire ou comportaient une moustiquaire qui ne convenait pas et il n'y avait pas de manivelle pour ouvrir ou fermer la fenêtre.

Le ou la GSE et le directeur général ou la directrice générale ont confirmé que les moustiquaires devaient être ajustées aux fenêtres et que celles qui ne convenaient pas auraient dû être remplacées. Le ou la GSE a admis que des fenêtres sans manivelles, des fenêtres dotées de moustiquaires qui ne conviennent pas et des fenêtres sans moustiquaire ont mis la sécurité des personnes résidentes à risque. Le ou la GSE a confirmé que dans certaines chambres de personnes résidentes, les manivelles avaient été retirées parce qu'une autre personne résidente était connue comme cherchant à sortir.

Ne pas veiller à ce que les fenêtres auxquelles ont accès les personnes résidentes soient dotées de moustiquaires ajustées à la fenêtre et de manivelles peut avoir mis la sécurité et le choix des personnes résidentes à risque.

Sources : observations, et entretien avec les membres du personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 13 décembre 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 du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 002 TEMPÉRATURE AMBIANTE

Problème de conformité n° 015 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Température ambiante

Par. 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 :

2. Une aire commune pour résidents à chaque étage du foyer, qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. L'équipe de gestion, le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE), le personnel de l'entretien, y compris tous les membres du personnel autorisé et les membres du personnel d'agence autorisé, seront formés par un représentant de l'entreprise Blue Rover sur les fonctions et l'entretien du système de surveillance Blue Rover.
2. Le foyer élaborera et mettra en œuvre un processus pour que le personnel signale toute préoccupation concernant le système de surveillance Blue Rover.
3. Le ou la GSE fera la vérification électronique du système une fois par semaine pour veiller à ce que le système de surveillance Blue Rover fonctionne correctement et examiner les préoccupations ainsi que les mesures correctives prises avec le directeur général ou la directrice générale. Cela aurait lieu quotidiennement pendant un mois.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Toutes les vérifications et les formations seront consignées, y compris les dates et les noms des employés, et le dossier sera remis aux inspecteurs dès qu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée, plus précisément dans 2. Une aire commune pour résidents à chaque étage du foyer, qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, des observations comprenaient le système de surveillance de l'air déterminé dans les aires communes et les salles à manger.

Une demande a été faite auprès du ou de la GSE pour les dossiers du système de surveillance de l'air pour des dates allant de mai à août 2024 pour les autres communes des personnes résidentes, dans chaque unité, ce qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor. Le directeur général ou la directrice générale (DG) a envoyé un courriel à l'entreprise précisée, puisque le foyer n'avait pas accès aux dossiers en ligne pour plusieurs mois. L'entreprise de surveillance de l'air a expliqué que ses appareils dans l'ensemble du foyer semblaient avoir des piles faibles et ne relevaient plus les températures.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) a confirmé avoir examiné les dossiers du système de surveillance de l'air précisé deux semaines avant l'inspection, mais l'entreprise avait indiqué qu'il n'y a pas eu de lecture de la température ambiante depuis une date déterminée en mai 2024. Le ou la DG a confirmé qu'il était attendu du ou de la GSE de veiller à ce que le système de surveillance de l'air précisé fonctionne afin de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mesurer les températures ambiantes des aires communes des personnes résidentes dans chaque unité, ce qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor. Le ou la GSE et le ou la DG ont confirmé ne pas savoir comment fonctionne le système de surveillance de l'air déterminé et ne pas être au courant qu'il fonctionne avec des piles.

Ne pas veiller à mesurer les températures ambiantes dans les aires communes des personnes résidentes de chaque unité, ce qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor, dans l'ensemble du foyer a placé toutes les personnes résidentes à risque de maladies liées à la chaleur.

Sources : observations du foyer, courriels du foyer à l'entreprise de surveillance, entretiens avec les membres du personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 OBSERVATION DES INSTRUCTIONS DU FABRICANT

Problème de conformité n° 016 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Art. 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 accessoires fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Un approvisionnement de récipients et de bandelettes d'analyse déterminés doit être disponible dans chaque placard d'entretien ménager du foyer et dans chaque chariot d'entretien ménager.
2. Le représentant commercial précisé formera la responsable de la PCI, le ou la GSE, le ou la DSI et tous les membres du personnel de l'entretien ménager sur les procédures adéquates pour tester l'agent de nettoyage et de désinfection précisé, interpréter les résultats et remplir le Disinfectant Titration Tracking Form [formulaire de suivi du titrage du désinfectant].
3. Le ou la GSE fera la vérification de l'utilisation des bandelettes d'analyse et du formulaire de suivi du titrage du désinfectant pour chaque aire des personnes résidentes du foyer, chaque lundi pendant quatre semaines et fournira de la formation pour chaque incident de non-conformité par rapport à ce processus.
4. Tenir un dossier écrit des vérifications effectuées, avec le nom de la personne qui a effectué la vérification, le nom des membres du personnel qui ont fait l'objet de la vérification, la date à laquelle la vérification a eu lieu, y compris toute mesure corrective prise et remettre le dossier immédiatement aux inspecteurs lorsqu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le personnel de l'entretien ménager utilise tous les équipements et toutes les fournitures du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, une unité murale de désinfectant identifiée a été observée dans plusieurs placards d'entretien ménager, qui était utilisée par le foyer pour diluer et

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

distribuer un désinfectant et nettoyant précis utilisé pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact dans les aires des personnes résidentes.

Un préposé ou une préposée à l'entretien ménager a confirmé que le personnel de l'entretien ménager devait tester la concentration du désinfectant et nettoyant distribué par l'unité murale chaque lundi et consigner les lectures dans le formulaire de suivi du titrage du désinfectant. Le personnel de l'entretien ménager ne disposait pas du récipient de bandelettes d'analyse précisé avec les bandelettes d'analyse dans le placard de l'entretien ménager. Le formulaire de suivi du titrage du désinfectant identifiait la dernière lecture consignée pour les taux de concentration du désinfectant du foyer comme une journée de juillet 2024 pour une unité et une journée d'août 2024 pour une autre unité. Une entrée était manquante pour une unité d'une journée d'août 2024.

Le ou la GSE n'était pas au courant du formulaire de suivi du titrage du désinfectant incomplet dans deux aires du foyer et a confirmé qu'il aurait dû être rempli. Le ou la GSE a confirmé qu'un préposé ou une préposée à l'entretien ménager ne disposait pas de récipient d'analyse chimique avec des bandelettes d'analyse chimique.

En ne veillant pas à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures et des appareils du foyer, conformément aux instructions du fabricant, le titulaire de permis a augmenté le risque d'infections associées aux soins de santé.

Sources : observation de l'équipement de distribution du désinfectant, Disinfectant Titration Tracking Form [formulaire de suivi du titrage du désinfectant], Chemical Disinfectant - Housekeeping Policy XII-G-10 [politique sur le désinfectant chimique pour l'entretien ménager], entretiens avec les membres du personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 novembre 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 du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 004 ENTRETIEN MÉNAGER

Problème de conformité n° 017 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Entretien ménager

Par. 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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

1. Le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) fera la vérification de différentes chambres au hasard dans chaque aire des personnes résidentes, trois fois par semaine, pour veiller à ce que le personnel de l'entretien ménager effectue le nettoyage quotidien des chambres des personnes résidentes conformément à l'horaire. Ces vérifications doivent être effectuées pour une durée de quatre semaines.
2. Le ou la GSE examinera les vérifications avec le directeur général ou la directrice générale, lorsqu'elles auront été effectuées après quatre semaines, et ils mettront au point un plan de mesures correctives pour tout domaine de non-conformité identifié concernant le nettoyage quotidien des chambres des personnes résidentes. Le plan des mesures correctives, le cas échéant, sera mis en œuvre une semaine après l'achèvement des vérifications.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Tenir un journal consigné de toutes les vérifications, y compris les dates, ainsi que les plans d'action, et les remettre immédiatement aux inspecteurs lorsqu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre pour le nettoyage du foyer, notamment les chambres des personnes résidentes, dans le cadre du programme organisé de l'entretien ménager.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, il y a eu un entretien avec un préposé ou une préposée à l'entretien ménager concernant l'horaire de nettoyage dans une aire des personnes résidentes d'une unité du foyer. Il ou elle a indiqué ne travailler que de 8 h 00 à 13 h 00 et ne pas effectuer le nettoyage de toutes les chambres des personnes résidentes de l'unité pendant son quart de travail. Le préposé ou la préposée à l'entretien ménager a indiqué faire autant de nettoyage que le temps le permet, puis s'assurer que toutes les poubelles de l'unité sont éliminées avant de terminer son quart de travail.

Un examen documentaire a été mené pour les vérifications de l'entretien ménager des chambres de personnes résidentes du foyer qui ont été effectuées par le ou la GSE et divers membres de l'équipe pour une période déterminée de deux mois en 2024, et la vérification a indiqué que les chambres suivantes sont cochées d'un « non » sans suivi signalé ni commentaire :

- grand époussetage non effectué dans 17 chambres;
- époussetage de la table de chevet dans deux chambres;
- époussetage des cordons des sonnettes d'appel et des cordons de luminaires dans quatre chambres;

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- chaises et autres meubles de la chambre non nettoyés dans deux chambres;
- fenêtres et rebords de fenêtre non nettoyés dans deux chambres;
- vérification consignée incomplète pour trois chambres.

L'horaire de l'entretien ménager était le suivant pour le quart de travail de jour : trois unités chacune étaient dotées d'un préposé ou d'une préposée à l'entretien ménager de 8 h 00 à 13 h 00. Une unité était dotée d'un préposé ou d'une préposée à l'entretien ménager de 7 h 00 à 15 h 00. Il y avait un préposé ou une préposée à l'entretien ménager de 8 h 00 à 14 00 pour les aires communes de l'ensemble du foyer. Il n'y avait pas de personnel de l'entretien ménager à l'horaire dans tout le foyer pour le quart de travail de soir.

Des entretiens avec trois préposé(e)s à l'entretien ménager ont indiqué que ceux-ci ne peuvent pas réaliser tout le travail nécessaire dans les temps alloués et que leur travail recommence où ils l'avaient laissé la veille. Les préposé(e)s à l'entretien ménager ont également confirmé que le ou la GSE est au courant qu'il y a des aires du foyer où le nettoyage est incomplet. Le ou la GSE a confirmé que les préposé(e)s à l'entretien ménager ne finissent pas leur nettoyage quotidien des chambres des personnes résidentes et que le ou la DG est au courant puisque le ou la GSE a soumis plusieurs révisions du programme écrit de l'entretien ménager. Le ou la DSI n'était pas au courant des horaires de nettoyage du foyer. Le ou la DG était au courant des révisions du programme de l'entretien ménager et que le nettoyage des chambres des personnes résidentes n'était pas terminé.

Il y avait un risque de contrôle des infections lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre pour le nettoyage des chambres des personnes résidentes, dans le cadre du programme organisé d'entretien ménager.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : horaire du personnel de l'entretien ménager, observations, vérifications de l'entretien ménager des chambres des personnes résidentes, révisions du programme d'entretien ménager, entretiens avec les membres du personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 novembre 2024.

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous :

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de la santé

À l'attention du registraire
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca/scripts/french/.