

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport : 10 juillet 2024**

**Numéro d'inspection :** 2024-1138-0002

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** CVH (n° 6) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Port Perry Place, Port Perry

**Inspectrice principale**

Julie Dunn (706026)

**Signature numérique de l'inspectrice**

**Autre inspectrice**

Sheri Williams (741748)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 27 au 31 mai et du 3 au 5 juin 2024.

L'inspection concernait :

- Registre no 00116877 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Conseils des résidents et des familles  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

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

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

#### **Non-respect : de l'alinéa 267 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Politique concernant les visiteurs

Paragraphe 267 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée tient un registre des visiteurs pendant une période minimale de 30 jours qui comprend au moins :

a) le nom et les coordonnées du visiteur;

Non-respect de l'alinéa 267 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les registres des visiteurs du foyer de soins de longue durée comprennent les coordonnées des visiteurs.

#### **Justification et résumé**

Dans le cadre d'une inspection proactive de conformité, on a observé en entrant dans le foyer de soins de longue durée que le registre des visiteurs prévoyait des espaces pour que chaque visiteur y inscrive la date de sa visite, son nom, le nom de la personne résidente à laquelle il rend visite, la raison de la visite, l'heure d'entrée dans le foyer de soins de longue durée et l'heure de sortie. Les renseignements

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

recueillis ne comprenaient pas les coordonnées des visiteurs du foyer de soins de longue durée.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a reconnu que les coordonnées des visiteurs n'étaient pas recueillies dans les registres des visiteurs contrairement à ce qu'exige le Règlement. Elle a indiqué que le personnel à la réception supervisait la tenue des registres des visiteurs et que des mesures seraient prises pour résoudre le problème immédiatement.

Le lendemain, la directrice des soins a fourni une version actualisée du registre des visiteurs. Lors de l'examen, on a observé que les pages de la version actualisée du registre des visiteurs comprenaient un nouveau champ pour recueillir les numéros de téléphone ou les adresses de courriel des visiteurs.

**Sources :** Observations, registres des visiteurs, entretien avec la directrice des soins. [706026]

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

## **AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente précisait ses besoins en matière de soins liés aux transferts, aux changements de position et à la sécurité.

Lors de deux observations de la personne résidente, on a constaté que les appareils précisés dans le programme de soins de la personne résidente pour les transferts, les changements de position et la sécurité n'étaient pas utilisés.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les besoins en matière de transfert de la personne résidente avaient changé et que cette dernière n'avait plus besoin de l'appareil de sécurité. La PSSP a également indiqué qu'elle utilisait un appareil de remplacement lorsque certains appareils n'étaient pas disponibles.

La directrice des soins a reconnu que le foyer s'attendait à ce que le programme de soins soit tenu à jour et à ce qu'il fournisse des orientations claires au personnel.

Il y avait un faible risque que l'on ne réponde pas aux besoins de la personne résidente en matière de soins puisque le programme de soins de cette dernière n'a pas été mis à jour lorsque ses besoins en matière de soins ont changé.

**Sources :** Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel.  
[741748]

**AVIS ÉCRIT : Foyer, milieu sûr et sécuritaire**

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

**Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)**

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Article 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Lors de sa visite d'une section accessible aux personnes résidentes dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, l'inspectrice a observé sur l'un des côtés du poste de soins infirmiers que le couloir était recouvert d'un rideau. Le rideau cachait la pièce où se trouvaient la baignoire et la douche, également recouvertes d'un rideau. À l'intérieur de la salle de bain, on a constaté des contenants pour objets pointus et tranchants sur le comptoir et le sol, ainsi qu'un rasoir jetable sur le comptoir. La salle de bain était également munie d'un désinfectant chimique mural. Les portes de la section accessible aux personnes résidentes n'étaient pas verrouillées et elles étaient laissées sans surveillance par le personnel.

Lors de la visite d'une deuxième section accessible aux personnes résidentes, on a constaté que la porte de la pièce où se trouvaient la baignoire et la douche était entrouverte et qu'elle n'était ni verrouillée ni surveillée. Une affiche apposée sur la porte demandait au personnel de garder la porte fermée afin de garantir la sécurité des personnes résidentes. À l'intérieur de cette pièce, une affiche qui portait la mention « Fournitures pour soins infirmiers » était apposée sur une porte. On y trouvait des fournitures pour soins infirmiers, notamment des rasoirs et de la crème à raser, et la porte était entrouverte.

Un autre jour, on a de nouveau observé dans la deuxième section accessible aux personnes résidentes que la porte menant à la pièce où se trouvaient la baignoire et la douche n'était pas verrouillée et qu'elle était laissée sans surveillance. On a constaté que la porte menant à la pièce où se trouvaient les fournitures pour soins infirmiers dans cette section accessible aux personnes résidentes était entrouverte et qu'elle n'était pas verrouillée. On trouvait à l'intérieur de cette pièce diverses fournitures pour soins infirmiers, dont des rasoirs et des shampooings topiques sur ordonnance destinés à plusieurs personnes résidentes.

La directrice des soins a reconnu que les objets trouvés dans la pièce où étaient la baignoire et la douche pouvaient présenter un risque pour la sécurité 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire a représenté un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources** : Observations, entretien avec la directrice des soins. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect : de l'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

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

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

Alinéa 20 a) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit aisément accessible et utilisable par une personne résidente en tout temps.

**Justification et résumé**

On a constaté à deux reprises au cours d'une inspection proactive de conformité qu'une personne résidente n'avait pas accès à sa sonnette d'appel. Les deux fois, la personne résidente était assise sur une chaise dans sa chambre et la sonnette d'appel était hors de sa portée.

Lorsque l'inspectrice lui a demandé comment elle demandait de l'aide si elle en avait besoin, la personne résidente a indiqué qu'elle attendait ou qu'elle criait.

Le programme de soins indiquait qu'il y avait un risque pour la sécurité de la personne résidente et précisait que la sonnette d'appel devait être à portée de main.

Lors d'un entretien, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué que la sonnette d'appel devait être à portée de main de la personne résidente et qu'on demanderait

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

un cordon de sonnette d'appel plus long pour la personne résidente. La directrice des soins a indiqué qu'il existait différents types de sonnettes d'appel, notamment des sonnettes avec des cordons plus longs, et que l'on s'attendait à ce que la sonnette d'appel soit placée par la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la sonnette d'appel soit aisément accessible et utilisable par la personne résidente a fait courir à cette dernière le risque que l'on ne réponde pas à ses besoins personnels ou qu'elle reçoive une blessure en tentant d'accomplir seule une tâche pour laquelle elle avait besoin de l'aide du personnel.

**Sources :** Observations, dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel et la personne résidente.  
[706026]

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

**Non-respect : du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée soit systématiquement mesurée et consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

**Justification et résumé**

Les registres de la température ambiante ont été demandés et fournis lors d'une inspection proactive de conformité. Les registres ont montré que la température ambiante n'a été enregistrée qu'une fois par jour, à 8 h, à plusieurs dates au cours d'un mois donné, et qu'aucune température n'a été enregistrée l'après-midi ou le soir. Aucune température ambiante n'a été enregistrée à une date déterminée dans les registres de la température ambiante du foyer de soins de longue durée.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le rapport de données quotidiennes d'Environnement et Changement climatique Canada pour le mois déterminé montrait que la température extérieure maximale quotidienne pour la région du foyer de soins de longue durée a dépassé 26 °C pendant plusieurs jours au cours du mois.

Lors d'un entretien, un membre du personnel a indiqué qu'il n'était pas au courant de l'exigence de consigner la température ambiante à trois moments différents de la journée, qu'il avait été informé de cette exigence et qu'il la respecterait à l'avenir.

Le fait de ne pas mesurer et consigner systématiquement la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée les jours où la température extérieure dépassait 26 °C a augmenté le risque d'exposition des personnes résidentes à la chaleur.

**Sources :** Registres de la température ambiante du foyer de soins de longue durée, rapport de données quotidiennes d'Environnement et Changement climatique Canada, entretien avec le personnel. [706026]

**AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle**

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 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 124 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur médical fasse partie de l'équipe interdisciplinaire qui s'est réunie tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Lors de l'inspection proactive de conformité, on a demandé au foyer de fournir une copie de son évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments. Il y était indiqué que le directeur médical était absent.

Un examen du Comité d'amélioration constante de la qualité, qui a également examiné l'évaluation du système de gestion des médicaments, a montré que le directeur médical était aussi absent de ce comité.

La directrice des soins a reconnu que le directeur médical n'avait pas participé à l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments au foyer.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le directeur médical participe à l'évaluation trimestrielle présente un risque pour le foyer, car l'évaluation du système de gestion des médicaments ne comprenait pas l'avis du directeur médical.

**Sources :** Évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments du foyer et entretien avec la directrice des soins. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Évaluation annuelle**

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 125 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation annuelle

Paragraphe 125 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre un diététiste professionnel (Dt.P) faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

**Justification et résumé**

Lors de l'inspection proactive de conformité, on a demandé au foyer de fournir une copie de son évaluation annuelle du système de gestion des médicaments. Il y était indiqué que le Dt.P était absent.

La directrice des soins a reconnu que le Dt.P n'avait pas participé à l'évaluation annuelle du système de gestion des médicaments au foyer.

L'absence d'évaluation annuelle interdisciplinaire du système de gestion des médicaments au foyer, qui fait intervenir tous les participants exigés, a présenté le risque que les améliorations et les changements, le cas échéant, ne soient pas mis en œuvre.

**Sources :** Évaluation annuelle du système de gestion des médicaments du foyer et entretien avec la directrice des soins. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

**Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments de sept personnes résidentes soient entreposés dans un endroit sûr et verrouillé.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

On a constaté lors d'une inspection proactive de conformité que des contenants de médicaments topiques, destinés à sept personnes résidentes différentes selon les étiquettes d'ordonnance, se trouvaient dans une salle d'approvisionnement de produits pour l'incontinence qui n'était pas verrouillée.

La politique du foyer sur l'entreposage des médicaments exige que les médicaments soient entreposés dans un endroit sûr et verrouillé qui est utilisé exclusivement pour l'entreposage de fournitures connexes.

Deux PSSP ont indiqué que les médicaments topiques des personnes résidentes étaient entreposés dans la pièce qui n'était pas verrouillée pour leur permettre d'y accéder en vue de les appliquer sur la peau ou sur une autre partie du corps des personnes résidentes.

La directrice des soins a reconnu que le foyer s'attendait à ce que tous les médicaments soient conservés dans un entrepôt ou un chariot de médicaments sûr et verrouillé.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les médicaments destinés à sept personnes résidentes soient entreposés dans un endroit sûr a fait courir à ces dernières le risque de prendre ou d'utiliser des médicaments de façon dangereuse.

**Sources :** Observations dans le foyer, politique sur les aires d'entreposage des médicaments, entretiens avec le personnel. [741748]

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programme de prévention  
et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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).

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)]:**

1) La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ou la personne désignée par la direction offrira une formation à l'intention de l'ensemble des PSSP et des IAA, dans une section accessible aux personnes résidentes donnée, sur l'importance d'aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas et les collations.

2) Tenir un dossier écrit qui comprend le nom de la formation offerte, les dates auxquelles elle a eu lieu, les noms des membres du personnel qui l'ont suivie et le nom de la personne qui l'a offerte.

3) La responsable de la PCI doit former une infirmière responsable désignée quant au processus de vérification de l'hygiène des mains des personnes résidentes. Tenir un dossier écrit qui comprend le nom de la formation, son contenu, les dates auxquelles elle a eu lieu, les noms des participants et le nom de la personne qui l'a offerte. La responsable de la PCI ou l'infirmière responsable désignée et formée procédera à des vérifications de l'hygiène des mains des personnes résidentes à l'heure des repas ou des collations dans la section accessible aux personnes résidentes déterminée, et ce, trois fois par semaine pendant quatre semaines. Au cours de ces quatre semaines, les vérifications engloberont les trois périodes de repas et le service de la collation de l'après-midi, mais un seul service de repas ou de collation devra être choisi pour chacune des vérifications. Les documents comprendront le nom de la personne qui a effectué la vérification, l'heure de service du repas ou de la collation, le nom et la catégorie d'emploi du membre du personnel que l'on a observé, l'application adéquate de l'hygiène des mains des personnes résidentes ou son omission, ainsi que toute remise à niveau de la formation offerte sur place, le cas échéant. Deux PSSP assisteront à une vérification de l'hygiène des mains pour un service de repas, aux côtés de la responsable de la PCI ou de l'infirmière responsable désignée et formée. Elles participeront aux observations aux côtés de la vérificatrice formée, mais elles ne sont pas tenues de remplir un outil de vérification. Elles doivent participer à une réunion-bilan sur les constatations découlant de la vérification et sur les mesures correctives qui ont été prises. Un résumé de la réunion-bilan, qui comprendra les noms des participants

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

ainsi que la date et l'heure de la réunion, sera conservé et il devra être immédiatement mis à la disposition des inspectrices si elles le demandent.

4) Tous les dossiers des vérifications de l'hygiène des mains devront être conservés et mis à la disposition des inspectrices si elles le demandent.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la norme délivrée par le directeur à l'égard de la PCI. Selon l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis met en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI.

**Justification et résumé**

Le point c) de la section 10.2 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* qui a été révisée en septembre 2023 précise que le programme d'hygiène des mains pour les personnes résidentes doit comprendre un soutien aux personnes résidentes pour l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

Au cours d'une inspection proactive de conformité, on a fait des observations avant et pendant le service du dîner et le service de la collation de l'après-midi dans une section accessible aux personnes résidentes. À diverses dates, on n'a pas systématiquement aidé les personnes résidentes à se laver les mains avant de leur servir les choix indiqués au menu du dîner, notamment des sandwiches que les personnes résidentes devaient tenir dans leurs mains. Lors d'une observation du service de la collation de l'après-midi, on n'a constaté aucune mesure d'hygiène des mains des personnes résidentes et on n'a trouvé aucun désinfectant pour les mains à base d'alcool sur le chariot de collations. Une PSSP a donné comme collation aux personnes résidentes des boissons et des brownies, que les personnes résidentes devaient tenir dans leurs mains. La PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas aidé les personnes résidentes à se laver les mains avant de leur donner les collations et qu'elle utilisait normalement des lingettes nettoyantes à cette fin.

Lors d'un entretien, la responsable de la PCI a indiqué que l'on s'attendait à ce que l'on aide les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas et 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

collations à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou de lingettes désinfectantes de marque Sani-Hands.

Le fait de ne pas avoir aidé les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas et les collations leur a fait courir un risque accru d'exposition à des agents infectieux.

**Sources :** Observations, entretiens avec le personnel.  
[706026]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard  
le 18 septembre 2024.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'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.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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.

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 du  
ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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 révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON 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 (art. 155) ou l'APA (art. 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 suivant 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 santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

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](http://www.hsarb.on.ca).