

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 24 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1004-0005	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Omni Healthcare (CT) GPCO Ltd. as General Partner of Omni Healthcare (Country Terrace) Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : Country Terrace, Komoka	
Inspectrice principale Tatiana McNeill (733564)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices Julie Lampman (522) Christie Birch (740898)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 15, 16, 21, 22, 23 et 24 mai 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 21 mai 2024

Les inspections concernaient :

- Registre n° 00111786 – Suivi n° 1 – Disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.
- Registre n° 00111787 – Suivi n° 2 – Disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.
- Registre n° 00111788 – Suivi n° 1 – Article 5 de la *LRSLD* (2021).
- Registre n° 00111789 – Suivi n° 1 – Alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021).
- Registre n° 00111790 – Suivi n° 1 – Paragraphe 24 (2) de la *LRSLD* (2021).
- Registre n° 00112717 – Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n° 0907-

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

000003-24 – en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

- Registre n° 00115519 – en lien avec une plainte concernant les appareils de levage mécaniques.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1004-0001 en lien avec la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Julie Lampman (522)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1004-0001 en lien avec l'article 5 de la *LRSLD* (2021), inspecté par Julie Lampman (522)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1004-0001 en lien avec l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021), inspecté par Christie Birch (740898)

L'inspection a établi la **NON**-conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1004-0001 en lien avec le paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Julie Lampman (522)

L'inspection a mis fin à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1004-0002 en lien avec la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Julie Lampman (522)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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 la sous-disposition 2 i de l'article 21 du Règl. de l'Ont. 246/22

Éclairage

Article 21. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'éclairage soit maintenu conformément aux exigences suivantes :

2. Dans tous les autres foyers :

i. tous les couloirs doivent disposer de niveaux minimums d'éclairage continu et uniforme de 215,28 lux,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'éclairage d'un couloir menant à une zone du foyer soit continu et uniforme avec des niveaux minimums de 215,28 lux.

Justification et résumé

À une date précise, l'inspectrice n° 522 a constaté que les lumières étaient éteintes dans un couloir menant à une zone du foyer. À une autre date, l'inspectrice n° 733564 a constaté que les lumières de la même zone étaient éteintes pendant une brève période.

Le gestionnaire des services environnementaux a reconnu que les lumières étaient éteintes et qu'il avait contacté l'électricien.

Le surintendant de Hayman Construction a déclaré qu'il y avait eu une mauvaise communication avec les ouvriers qui terminaient la démolition, ce qui a provoqué l'extinction des lumières.

Le risque pour les résidents était faible, car le personnel les accompagnait dans cette zone.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Sources :

Observations du foyer et entretiens avec le gestionnaire des services environnementaux et le surintendant de Hayman Construction. [522]

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

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les conditions auxquelles il était assujéti en vertu de l'ordre de conformité n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1004-0001 pour le paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 concernant les températures de l'air, avec une date d'échéance de mise en conformité fixée au 3 mai 2024.

Justification et résumé

L'ordre de conformité n° 002 issu de l'inspection n° 2024-1004-0001 stipulait que le titulaire de permis devait veiller à ce qui suit :

1. Les températures de l'air sont mesurées et documentées par écrit, au minimum dans les zones suivantes du foyer :
 - iv. Ascenseurs et zones à l'extérieur des ascenseurs
2. Les températures de l'air sont relevées 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.
5. Un processus de vérification est développé et mis en œuvre pour s'assurer que les températures de l'air sont contrôlées et documentées conformément à la politique du foyer. Plus précisément, il s'agit de s'assurer que les températures de l'air sont relevées et que des mesures sont prises le cas échéant. Un dossier écrit est conservé sur les vérifications effectuées, les dates, la personne chargée de la vérification et les mesures prises pour remédier aux lacunes éventuelles.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

A) Les températures de l'air du foyer pour les dates du mois de mai dans une zone particulière n'ont pas été relevées.

La coordonnatrice des services aux résidents a reconnu qu'elle avait copié par inadvertance la mauvaise feuille de vérification de la température pour une zone du foyer pendant un mois, qui n'incluait pas la vérification de la température des ascenseurs.

La directrice des soins et l'administratrice ont déclaré que ce problème aurait dû être détecté lorsque les gestionnaires effectuaient leurs vérifications quotidiennes des feuilles de contrôle de la température de l'air.

B) À plusieurs reprises, les chambres des résidents de trois zones du foyer et le vestibule de l'ascenseur d'une zone du foyer ont affiché une température inférieure à 22 degrés Celsius (C) et les mesures prises n'ont pas été documentées.

La directrice des soins a indiqué que le personnel infirmier autorisé aurait dû consigner les mesures prises lorsque les températures étaient inférieures à 22 °C.

C) La politique du foyer en matière de contrôle de la température et de l'humidité des bâtiments stipule que la température maximale acceptable dans n'importe quelle zone du foyer est de 26 °C et une humidité de 50 %. Toute température de l'air supérieure ou égale à 26 °C doit être signalée à l'administratrice ou à la personne désignée et des mesures immédiates doivent être prises conformément au plan de prévention et de gestion des maladies liées au temps chaud.

Les températures de l'air dans la chambre d'une personne résidente ont été documentées entre 27 et 30 °C pendant plusieurs jours, entre 15 h et 23 h. Il n'y avait aucun dossier documenté sur les mesures prises.

La directrice des soins a indiqué que le personnel infirmier autorisé aurait dû consigner les mesures prises lorsque les températures étaient supérieures à 26 °C.

D) i) L'outil de vérification élaboré et mis en œuvre pour garantir le contrôle et la documentation des températures de l'air ne prévoyait pas que les gestionnaires s'assurent que les températures étaient prises dans l'ascenseur et dans les zones situées à l'extérieur des ascenseurs, ce qui faisait partie de l'ordre de conformité n° 002.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La directrice des soins n° 103 a reconnu que les vérifications n'avaient pas porté sur la prise de température des ascenseurs et des vestibules d'ascenseurs dans trois zones du foyer.

ii) L'examen des formulaires sur la vérification de la température de l'air du bâtiment et de l'entretien, remplis quotidiennement pendant plusieurs jours, a révélé qu'il n'y avait aucune documentation sur la vérification des mesures correctives prises lorsque la température n'était pas prise dans les ascenseurs et la zone à l'extérieur des ascenseurs et lorsque la température était inférieure à 22 °C et supérieure à 26 °C et que le personnel n'avait pas documenté les mesures prises pour corriger la température.

L'administratrice a déclaré que lorsque les gestionnaires effectuaient les vérifications quotidiennes, ils auraient dû noter les basses températures et prendre des mesures ou interroger le personnel infirmier autorisé sur les mesures correctives qu'il avait prises.

Il y avait un risque pour les résidents en raison de l'absence de contrôle et de documentation des températures de l'air dans les ascenseurs, qui n'étaient pas chauffés ou climatisés, et lorsque le personnel ne prenait pas de mesures correctives ou ne les documentait pas lorsque les températures étaient inférieures à 22 °C et supérieures à 26 °C dans les chambres des résidents.

Sources : Examen de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2024-1004-0001, de la politique en matière de contrôle de la température et de l'humidité des bâtiments n° OP-AM-6.32 révisée le 22 mars 2024, des formulaires sur la vérification de la température de l'air du bâtiment et de l'entretien du foyer, et entretiens avec la directrice des soins, l'administratrice et d'autres membres du personnel. [522]

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit – APA n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'avis écrit n° 002

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre rendu en vertu de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

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

Température ambiante

Paragraphe 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 ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

A) À une date précise, la température dans certaines zones du foyer n'était pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius.

Le surintendant de Hayman Construction a déclaré que les températures de l'air étaient préoccupantes en raison des travaux de construction.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

L'administratrice a reconnu qu'il était difficile de maintenir les températures au-dessus de 22 °C en raison des travaux en cours.

B) L'examen des feuilles de contrôle de la température de l'air pour plusieurs jours a permis de constater que la température de plusieurs chambres dans plusieurs zones du foyer était inférieure à 22 °C.

Un manoeuvre de Hayman Construction a déclaré qu'il y avait eu des problèmes avec le système informatisé utilisé pour réguler les températures dans le foyer.

Le directeur de la gestion des actifs d'OMNI a déclaré qu'il y avait des problèmes avec les contrôleurs qui ne s'ouvraient et ne se fermaient pas correctement et qui, lorsqu'ils étaient désactivés, continuaient à émettre de l'air froid. Il a déclaré que quelqu'un examinait actuellement le système de ventilation pour s'assurer que les points de consigne étaient corrects.

Sources : Observations dans le foyer, examen des feuilles de contrôle de la température de l'air dans la zone du foyer et entretiens avec le manoeuvre de Hayman Construction, le surintendant de Hayman Construction, la directrice des soins, le directeur de la gestion des actifs d'OMNI et l'administratrice. [522]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

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

Température ambiante

Paragraphe 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, pour chaque chambre de personne résidente dans laquelle la climatisation ne fonctionnait pas, la température soit mesurée et documentée par écrit une fois par jour dans l'après-midi entre 12 h et 17 h, tous les jours pendant la période du 15 mai au 15 septembre.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

À une date précise, il a été constaté que les climatiseurs de fenêtre de deux chambres de résidents ne fonctionnaient pas. Le foyer avait affiché un avertissement de chaleur émis par le bureau de santé de Middlesex London pour la région ce jour-là. La température extérieure était de 26,2 °C avec un facteur humidex de 33 °C.

Les feuilles de contrôle de la température de l'air de la zone du foyer pour deux jours ont montré que les contrôles de la température n'avaient pas été effectués dans les deux chambres des résidents.

Les deux résidents ont déclaré qu'ils préféreraient que leur climatiseur ne fonctionne pas.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a déclaré que les deux chambres ne figuraient pas sur la feuille de contrôle quotidien de la température de l'air et qu'elle n'avait pas effectué de contrôle de la température de l'air dans ces chambres l'après-midi. L'IAA a confirmé que les deux résidents n'aimaient pas que leur climatiseur fonctionne.

Les résidents qui n'utilisaient pas un climatiseur couraient un risque, car la région faisait l'objet d'une alerte de chaleur et le personnel ne relevait pas la température dans leur chambre entre 12 h et 17 h.

Sources : Observations dans le foyer; examen des feuilles de contrôle de la température de l'air de la zone du foyer et des données météorologiques du gouvernement du Canada; entretiens avec les résidents, l'IAA et la directrice des soins. [522]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de la disposition 11 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

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

11. Les risques saisonniers associés aux maladies liées à la chaleur, y compris les mesures de protection exigées pour prévenir ou atténuer ces maladies.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de deux résidents soit fondé, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des éléments suivants concernant les résidents : Risques saisonniers liés aux maladies dues à la chaleur, y compris les mesures de protection nécessaires pour prévenir ou atténuer les maladies dues à la chaleur.

Justification et résumé

À une date précise, une alerte de chaleur et un avertissement météorologique ont été émis pour la région, avec une température de 26,2 °C et un facteur humidex de 33 °C.

Dans une zone du foyer, les climatiseurs de fenêtre ont été éteints dans les chambres de deux résidents.

Le programme de soins de l'un des résidents n'indiquait pas les préférences de la personne résidente en matière de climatisation ni les mesures préventives visant à prévenir ou à atténuer les maladies liées à la chaleur chez cette personne.

Le programme de soins de l'autre personne résidente n'indiquait pas les préférences de la personne résidente en matière de climatisation ainsi que les mesures préventives visant à prévenir ou à atténuer les maladies liées à la chaleur chez cette personne.

La politique du foyer en matière de contrôle de la température et de l'humidité des bâtiments indiquait que dans le cas où un climatiseur de fenêtre était utilisé et qu'une personne résidente demandait à ce qu'il soit éteint, cette personne devait être surveillée pour détecter les signes et les symptômes d'une maladie liée à la chaleur.

La directrice des soins a déclaré que les préférences des résidents en matière de climatisation devraient figurer dans leur programme de soins.

Sources : Observations dans le foyer; examen des dossiers cliniques de la personne résidente, de la politique du foyer en matière de contrôle de la température et de l'humidité des bâtiments (OP-AM-6.32) révisée le 22 mars 2024, des données météorologiques du gouvernement du Canada; entretiens avec les résidents, l'IAA et la directrice des soins. [522]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit lavée au moins deux fois par semaine avec la méthode de son choix.

Justification et résumé

L'examen du calendrier des bains d'une zone du foyer a permis de constater qu'une personne résidente était prévue pour des bains deux jours par semaine.

L'examen du rapport d'enquête sur la documentation du point de service de la personne résidente pour un mois a révélé qu'elle avait refusé de prendre un bain à une date précise. Le rapport de documentation n'était pas signé et aucune note d'évolution n'indiquait que les bains avaient été refusés ou qu'ils avaient eu lieu au cours du mois.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente dans PointClickCare (PCC) a permis de constater que les documents établis par le médecin indiquaient que la personne résidente souffrait d'une affection cutanée pour laquelle plusieurs traitements avaient été prescrits.

Lors d'un entretien avec la personne résidente, celle-ci a déclaré qu'il lui arrivait de refuser le bain prévu. La personne résidente a déclaré que plusieurs traitements lui avaient été prescrits pour une affection cutanée qui ne se résorbait pas.

Le médecin a déclaré qu'il avait prescrit plusieurs traitements pour l'affection cutanée dont souffrait la personne résidente, mais que celle-ci ne s'était pas résorbée. Le médecin a déclaré que le fait que la personne résidente n'ait pas reçu les bains prévus pouvait avoir contribué à l'affection cutanée dont elle souffrait. Le médecin a déclaré qu'il s'attendait à ce que, si la personne résidente refusait 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

bains prévus, une sensibilisation à la santé lui soit donnée et que le personnel s'adresse de nouveau à elle à un moment ultérieur.

Il y a un risque pour la personne résidente si elle n'est pas baignée au moins deux fois par semaine avec la méthode de son choix.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec la personne résidente et le médecin. [733564]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect : de l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la nourriture d'une personne résidente soit servie en utilisant des méthodes permettant d'éviter l'adultération et la contamination.

Justification et résumé

À une date précise, les inspectrices n° 522 et n° 733564 ont observé de la nourriture sur une table à manger avec une serviette et des couverts dans la salle à manger du foyer.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que la nourriture était destinée à une personne résidente. La PSSP a déclaré que la personne résidente n'était descendue pour le repas que plus tard, et qu'elle avait donc laissé la nourriture à sa disposition. La PSSP a déclaré que la personne résidente n'avait pas mangé sa nourriture aujourd'hui et qu'elle aurait dû être jetée.

Le gestionnaire des besoins nutritionnels a déclaré que, pour des raisons sanitaires et hygiéniques, la nourriture des résidents ne devait pas être placée à leur disposition avant qu'ils n'arrivent pour leur repas. Le gestionnaire des besoins

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

nutritionnels a déclaré que la PSSP pouvait obtenir la nourriture lorsque la personne résidente arrivait dans la salle à manger.

La salle à manger ouverte se trouve à l'entrée du foyer et il y a un risque de contamination car la nourriture de la personne résidente est servie non couverte et reste à sa place jusqu'à ce que la personne résidente vienne manger dans la salle à manger, soit environ 45 minutes après que le repas a été servi.

Sources : Observations dans le foyer, examen du programme de soins de la personne résidente et entretiens avec la PSSP, le coordonnateur de l'outil d'évaluation des résidents et le gestionnaire des besoins nutritionnels. [522]

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les appareils de levage mécaniques soient nettoyés et désinfectés conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

Justification et résumé

À une date précise, on a vu une PSSP quitter la chambre d'une personne résidente sans avoir désinfecté l'appareil de levage mécanique utilisé pour transférer la personne résidente.

Lors d'un entretien, la PSSP a reconnu qu'elle devait désinfecter l'appareil de levage mécanique entre chaque utilisation par les résidents, mais elle ne l'a pas fait.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La directrice des soins et la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ont déclaré qu'il était prévu que le personnel désinfecte l'appareil de lavage mécanique après son utilisation par les résidents.

L'absence de nettoyage et de désinfection de l'appareil de lavage mécanique a entraîné un risque de transmission de micro-organismes aux résidents et au personnel.

Sources : Observations dans le foyer, entretien avec la PSSP, la directrice des soins et la responsable de la PCI. [733564]

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

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

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

Substances dangereuses

Article 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 du foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

A) L'inspectrice n° 522 a observé un objet dangereux dans une zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès.

La directrice des soins a déclaré que l'article dangereux n'aurait pas dû se trouver dans une zone accessible aux résidents.

B) L'inspectrice n° 522 a observé un objet dangereux dans une zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès. Un membre du personnel d'entretien ménager a déclaré qu'il avait placé l'objet dans la zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès.

La directrice des soins a déclaré que l'objet dangereux ne devait pas se trouver dans la zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de London**130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

C) À une autre date, l'inspectrice n° 733564 a observé deux articles dangereux dans une zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès.

Le chef de l'administration des soins infirmiers a déclaré avoir sensibilisé le personnel aux articles dangereux laissés dans la zone non verrouillée à laquelle les résidents ont accès.

D) À une autre date, l'inspectrice n° 522 a constaté que la porte de la salle d'entretien ménager, située à l'extérieur de la salle polyvalente des résidents, était maintenue ouverte par le chariot d'entretien ménager. Des produits chimiques de nettoyage se trouvaient à l'intérieur de la salle.

Le membre du personnel d'entretien est sorti de la salle de bains après plusieurs minutes et a déclaré qu'il ne s'était pas rendu compte que la porte ne fermait pas lorsqu'il était parti et que le chariot avait empêché la porte de se refermer.

Il y a eu un risque pour les résidents, car des substances dangereuses ont été laissées à leur disposition.

Sources : Observations au foyer; examen des fiches signalétiques de Wood Wyant, des fiches signalétiques d'Ecolab; entretiens avec le personnel de l'entretien ménager, le chef de l'administration des soins infirmiers, la directrice des soins et l'administratrice. [522]

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 102 (12) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (12) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

4. Le personnel doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP soit soumise à un test de dépistage de la tuberculose au moment de son embauche.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Lors de l'inspection d'un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel, le dossier personnel d'une PSSP a été examiné et ne contenait pas de trace de dépistage de la tuberculose.

L'administratrice a reconnu que le foyer exigeait un dépistage de la tuberculose pour tout le personnel au moment de l'embauche et qu'il n'y avait pas de dossier pour la PSSP.

Il existe un risque lié au statut inconnu de la tuberculose d'une PSSP.

Sources : Examen du dossier personnel de la PSSP et entretien avec l'administratrice. [740898]

AVIS ÉCRIT : Dossiers du personnel

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 278 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers du personnel

Paragraphe 278 (1) Sous réserve des paragraphes (2) et (3), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit tenu, à l'égard de chaque membre du personnel du foyer, un dossier qui comprend au moins les éléments suivants à l'égard du membre du personnel :

3. Le cas échéant, les résultats de la vérification de son dossier de police visée au paragraphe 81 (2) de la Loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats d'une vérification du dossier de police soient conservés pour une PSSP.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été reçu concernant des allégations de mauvais traitements infligés à deux résidents par une PSSP.

Le dossier personnel d'une PSSP ne contenait pas de vérification du dossier de police. L'administratrice n'a pas été en mesure de produire ou de vérifier si une vérification du dossier de police avait été effectuée pour la PSSP.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

L'administratrice a reconnu qu'une vérification du dossier de police devait être versée au dossier pour tout le personnel avant l'embauche et qu'il n'y en avait pas pour la PSSP.

Il y avait un risque pour les résidents lorsque la PSSP n° 134 n'avait pas de vérification de son dossier de police dans son dossier.

Sources : Examen du dossier personnel de la PSSP, de l'IC et entretien avec l'administratrice. [740898]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Présélection

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 81 (2) de la *LRSLD* (2021)

Présélection

Paragraphe 81 (2) La présélection comprend une vérification de dossier de police, sauf si la personne visée par la présélection est âgée de moins de 18 ans.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Examiner et réviser, si nécessaire, son processus de sélection afin d'inclure la vérification du dossier de police avant l'embauche, conformément aux exigences de l'article 252 du Règl. de l'Ont. 246/22.
2. Mettre en œuvre le processus revu et corrigé pour les mesures de sélection qui comprennent la vérification du dossier de police avant l'embauche du personnel.
3. Réaliser une vérification de tout le personnel embauché afin de déterminer si le personnel qui travaille a fait l'objet d'une vérification du dossier de police valide, effectuée par un fournisseur de vérification du dossier de police au sens de la *Loi de 2015 sur la réforme des vérifications de dossiers de police*, et réalisée dans les six mois précédant l'embauche du membre du personnel. Conserver une trace de la vérification, de la date à laquelle elle a été réalisée, de la personne qui l'a effectuée et des résultats obtenus. Veiller à ce que tout membre du personnel désigné dans la vérification comme ne disposant pas d'une vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables cesse de travailler dans le foyer jusqu'à ce qu'une vérification négative valide ait été effectuée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une vérification du dossier de police soit effectuée avant l'embauche d'une PSSP.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été reçu concernant des allégations de mauvais traitements infligés à deux résidents par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Le dossier personnel de la PSSP ne contenait pas de vérification du dossier de police. L'administratrice n'a pas été en mesure de produire ou de vérifier si une vérification du dossier de police avait été effectuée pour la PSSP.

L'administratrice a reconnu qu'une vérification du dossier de police devait être effectuée pour tout le personnel avant l'embauche et qu'il n'y en avait pas pour la PSSP.

L'absence de vérification du dossier de police de la PSSP avant qu'elle ne travaille dans le foyer avec des résidents vulnérables présentait un risque pour les résidents.

Sources : Examen du dossier personnel de la PSSP, de l'IC et entretien avec l'administratrice. [740898]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Formation

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Examiner et réviser, si nécessaire, sa procédure visant à garantir que tous les membres du personnel reçoivent une formation sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents avant d'exercer leurs responsabilités. Conserver un dossier sur cet examen, les personnes qui y ont participé, la date à laquelle il a eu lieu et toute modification apportée.
2. Réaliser une vérification de la formation de l'ensemble du personnel actuel, afin de déterminer si certains employés n'ont pas reçu de formation sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Conserver une trace de la vérification, de la date à laquelle il a été réalisé, de la personne qui l'a effectué et des résultats obtenus. Veiller à ce que tout membre du personnel identifié dans la vérification comme n'ayant pas suivi la formation reçoive une formation et en conserver un dossier.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) reçoive la formation requise avant de s'acquitter de ses responsabilités au moment de son embauche.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Lors de l'inspection portant sur un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à deux résidents par une PSSP, le dossier personnel et le rapport de Surge Learning d'une PSSP ont été examinés.

La date d'embauche de la PSSP était en 2023. Les thèmes de formation suivants ont été notés comme achevés en 2024, mais pas en 2023 :

- Prévention et gestion des chutes
- Port et retrait des EPI
- Mécanique du corps, levages et transferts
- Obligation de faire rapport
- Procédure concernant les plaintes
- Protection contre les dénonciations
- Signaler les cas de mauvais traitements
- Tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents
- Mission, vision et valeurs d'Omni

L'administratrice n'a pas été en mesure de produire ou de vérifier les documents attestant de l'achèvement de la formation obligatoire exigée par le foyer au moment de l'embauche et avant d'assumer les responsabilités du rôle de PSSP.

Il y avait un risque pour les résidents lorsque la PSSP n'avait pas suivi la formation obligatoire, y compris la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, avant de travailler dans le foyer avec des résidents vulnérables.

Sources : Examen du dossier personnel de la PSSP, du rapport de l'état de Surge Learning et entretien avec l'administratrice. [740898]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Interroger deux résidents particuliers pour s'assurer qu'ils sont traités avec courtoisie et respect par le personnel du foyer et conserver un dossier documenté de cet entretien, de son contenu, de la date et de la personne qui l'a mené.
2. Fournir au conseil des résidents, oralement et par écrit, des renseignements sur la charte des droits des résidents, la protection contre les dénonciations, la procédure de dépôt de plainte auprès du titulaire de permis et la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Veiller à ce que la date à laquelle l'information a été fournie et le nom de la ou des personnes qui l'ont reçue soient consignés dans un dossier.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de la dignité inhérente, la valeur et l'individualité de la personne résidente.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été reçu concernant des allégations de mauvais traitements infligés à deux résidents par un membre du personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a constaté une blessure sur une personne résidente alors qu'elle lui fournissait des soins. Lorsqu'on lui a posé la question, la personne résidente a déclaré qu'elle pensait qu'une autre PSSP avait causé la blessure en l'aidant un jour précédent. Cette personne résidente a mentionné une manipulation brutale. La personne résidente a également déclaré qu'elle avait refusé de prendre un bain le lendemain de la blessure, car elle ne voulait pas que la PSSP l'aide à se laver à nouveau. La PSSP a signalé cette allégation à l'IAA.

La PSSP a également constaté qu'une autre personne résidente avait été blessée. Lorsqu'on lui a posé la question, la personne résidente a déclaré que la PSSP était toujours pressée et qu'elle avait probablement causé la blessure en aidant la personne résidente avec ses soins. Cette personne résidente a décrit les soins comme étant brusques et précipités. La personne résidente a également déclaré que la PSSP lui avait dit de ne pas signaler l'incident à qui que ce soit. La PSSP a signalé cette allégation à l'IAA.

La directrice des soins a confirmé que les résidents étaient tous deux cognitifs et qu'ils n'étaient pas soignés comme ils auraient dû l'être.

L'administratrice a confirmé que la PSSP avait démissionné du foyer avant la fin de l'enquête.

Le manque de courtoisie et de respect dans les soins prodigués aux résidents constituait un risque pour ces derniers.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente, de l'IC, des notes d'enquête du foyer et du dossier personnel de la PSSP, et entretiens avec les résidents, la PSSP, l'IAA, la directrice des soins et l'administratrice. [740898]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 Services d'entretien

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Paragraphe 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 :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Examiner et mettre à jour le processus suivi par le foyer pour signaler les problèmes d'entretien liés à l'utilisation d'appareils de levage mécaniques. Veiller à ce que le processus comprenne la documentation dans PointClickCare (PCC) de tout incident concernant les appareils de levage qui impliquent une personne résidente.
2. Informer toutes les PSSP et le personnel infirmier autorisé de la mise à jour du processus de signalement des problèmes d'entretien et du processus de documentation dans PCC pour les problèmes d'entretien liés à l'utilisation d'appareils de levage mécaniques pour tout incident impliquant une personne résidente. Le contenu de la formation, les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation et les dates auxquelles la formation a été suivie seront consignés dans un dossier.
3. Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer que le personnel documente dans PCC tous les incidents liés aux appareils de levage qui impliquent une personne résidente. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.
4. Sensibiliser le personnel d'entretien au nouveau processus de signalement des problèmes d'entretien liés à l'utilisation des appareils de levage mécaniques. Le contenu de la formation, les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation et les dates auxquelles la formation a été suivie seront consignés dans un dossier.
5. Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer que tous les appareils de levage mécaniques sont maintenus en bon état. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les appareils de levage mécaniques du foyer soient maintenus en bon état.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du ministère des Soins de longue durée concernant les appareils de levage mécaniques du foyer qui ne fonctionnaient pas correctement et tombaient en panne. Le plaignant allègue que des résidents étaient bloqués dans les appareils de levage mécaniques lors de leur transfert.

L'examen des dossiers d'entretien du foyer a révélé que plusieurs appareils de levage mécaniques utilisés par le foyer présentaient des problèmes de maintien de la charge des batteries. L'examen des dossiers d'entretien d'une zone du foyer a révélé qu'à une date précise, un membre du personnel avait signalé que l'appareil de levage mécanique de la salle de bains ne fonctionnait pas et que des résidents étaient bloqués dans celui-ci. En outre, les dossiers d'entretien de la zone du foyer indiquaient qu'à une date précise, un membre du personnel avait signalé que l'appareil de levage se bloquait pendant les transferts.

Lors d'un entretien, une personne résidente a déclaré qu'elle avait été prise dans l'appareil de levage mécanique à plusieurs reprises.

Une PSSP a déclaré que les appareils de levage mécaniques étaient vieux et qu'ils ne fonctionnaient parfois pas correctement. La PSSP a déclaré qu'il y avait eu des incidents lorsque les appareils de levage mécaniques ne fonctionnaient pas correctement et que les résidents étaient coincés pendant le transfert.

Lors d'un entretien, une PSSP a déclaré qu'il y avait des problèmes avec les appareils de levage mécaniques et qu'une personne résidente était restée coincée dans l'appareil de la salle des bains pendant son transfert.

La PSSP a déclaré qu'il y avait eu un incident dans la zone du foyer à deux dates, lorsqu'une personne résidente s'est retrouvée coincée dans l'appareil mécanique pendant un transfert. La PSSP a déclaré que la personne résidente n'avait pas été blessée à la suite de l'incident. L'examen de PointClickCare (PCC) pour la personne résidente a permis de constater qu'il n'y avait pas de documentation relative à cet incident.

L'examen des rapports d'inspection d'entretien préventif a permis de constater que l'entretien préventif des appareils de levage mécaniques utilisés par le foyer était assuré par la société Handicare. Le gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il est arrivé que des résidents soient bloqués dans les appareils 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

levage lors d'un transfert. Ce gestionnaire a indiqué que certains appareils de levage mécaniques étaient en panne et attendaient d'être réparés ou remplacés.

Lors d'un entretien, le technicien en entretien sur place de Handicare a déclaré qu'il avait eu connaissance d'un incident au cours duquel une personne résidente était restée bloquée lors d'un transfert à l'aide d'un appareil de levage mécanique. Le technicien en entretien sur place a déclaré que le foyer disposait d'un second appareil de levage qu'il pouvait utiliser jusqu'à ce que l'appareil défectueux soit réparé ou remplacé.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a déclaré qu'elle n'avait connaissance d'aucun problème concernant les appareils de levage mécaniques utilisés par le foyer. L'administratrice a déclaré qu'elle était au courant que les batteries ne tenaient pas la charge sur certains des appareils de levage mécaniques du foyer. L'administratrice a déclaré que le technicien de Handicare a fourni des services de réparation pour ces appareils de levage à plusieurs reprises, et a déclaré que les appareils avaient été réparés à sa connaissance.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les appareils de levage mécaniques soient en bon état de fonctionnement a exposé les résidents à des risques de blessures.

Sources : examen des dossiers d'entretien du foyer, entretien avec la personne résidente, la PSSP, le gestionnaire des services environnementaux, le technicien en entretien sur place de Handicare, l'administratrice et la directrice des soins. [733564]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8).

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Effectuer la formation sur l'hygiène des mains avant et après le contact avec une personne résidente pour l'ensemble du personnel qui s'occupe des résidents. Le contenu de la formation, les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation et les dates auxquelles la formation a été suivie seront consignés dans un dossier.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Justification et résumé

A. Les observations réalisées ont permis de constater ce qui suit :

- i. Une personne résidente d'une zone du foyer a fait l'objet de précautions de contact. Une PSSP a été observée en train de prodiguer des soins à la personne résidente sans porter d'équipement de protection individuelle (EPI). Lors d'un entretien, la PSSP a reconnu qu'elle aurait dû porter un EPI, mais qu'elle ne l'a pas fait.
- ii. Il a été noté qu'il y avait une éclosion dans une zone du foyer. Un membre du personnel a été observé quittant la zone du foyer sans avoir procédé à l'hygiène des mains. Le membre du personnel a déclaré qu'il aurait dû se laver les mains après avoir quitté la zone du foyer.
- iii. Dans une autre zone du foyer, trois membres du personnel ont été observés en train de quitter la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions de contact, sans avoir procédé à une hygiène des mains. Les membres du personnel ont reconnu qu'ils auraient dû se laver les mains après avoir quitté la chambre de la personne résidente.

Lors d'un entretien, la directrice des soins et la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ont déclaré que le foyer s'attendait à ce que la PSSP porte un EPI approprié lorsqu'elle prodiguait des soins à une personne résidente soumise à des précautions de contact, et à ce que le personnel se lave les mains après avoir quitté la chambre d'une personne résidente soumise à des précautions de contact. La responsable de la PCI et la directrice des soins ont déclaré que le

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

personnel aurait dû se laver les mains après avoir quitté la zone du foyer où sévissait une éclosion.

B. Un membre du personnel d'entretien a été vu entrant dans les ascenseurs, portant des gants et transportant des sacs à ordures.

La responsable de la PCI a déclaré que le membre du personnel d'entretien aurait dû placer les sacs à ordures dans une poubelle, retirer ses gants et se laver les mains.

En ne respectant pas les pratiques habituelles d'hygiène des mains et d'utilisation de l'EPI, il y avait un risque potentiel de propagation de micro-organismes nocifs dans l'ensemble du foyer.

Sources : Observations de la PCI dans le foyer, entretien avec le personnel, responsable de la PCI et directrice des soins. [733564]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 006 Médecin-hygiéniste en chef
et médecin-hygiéniste**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 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*.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Réaliser un inventaire du stock de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) avec les dates de péremption et conserver cette liste d'inventaire pour s'assurer que le DMBA n'est pas périmé et qu'il peut être utilisé.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

2. La responsable de la PCI doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir que tous les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) présents dans le foyer ne sont pas périmés.
3. La responsable de la PCI doit procéder à une vérification de toutes les chambres des résidents et des parties communes afin de s'assurer que les DMBA ne sont pas périmés et de mettre en œuvre des mesures correctives en cas de déficiences constatées.
4. Toutes les vérifications effectuées doivent être documentées, conservées et immédiatement mises à la disposition de l'inspectrice.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, publiées par le ministère de la Santé et entrées en vigueur en avril 2024, soient respectées dans le foyer. Conformément à ces recommandations, le titulaire de permis devait veiller à ce que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne soient pas périmés.

Au cours de l'inspection, il a été observé que les désinfectants pour les mains à base d'alcool étaient périmés dans toutes les zones du foyer de résidents, y compris dans une zone du foyer touchée par une éclosion.

Examen des Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, entrées en vigueur en avril 2024, qui mentionnent que les « désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) sont le premier choix pour l'hygiène des mains lorsque celles-ci ne sont PAS visiblement souillées » et que les « désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doivent pas être périmés ».

Lors d'un entretien, la directrice des soins et la responsable de la PCI ont reconnu que le foyer utilisait des DMBA périmés. La directrice des soins a déclaré qu'elle prévoyait de remplacer immédiatement tous les produits périmés.

Les observations effectuées ultérieurement ont permis de constater que tous les produits DMBA périmés avaient été remplacés dans le foyer.

L'utilisation par le foyer de produits DMBA périmés présentait un risque de transmission de micro-organismes pour les résidents et le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Sources : Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, entrées en vigueur en avril 2024, observations dans le foyer, entretien avec la directrice des soins et la responsable de la PCI. [733564]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

Conformément à l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500 \$ à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture. Les frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les soins de longue durée*.

Lorsque des frais de réinspection sont requis pour une deuxième inspection de suivi ou une inspection de suivi subséquente à un ordre de conformité, les frais de réinspection seront automatiquement appliqués dans le système CARES. Il est obligatoire de saisir une description de réinspection dans l'onglet des détails de l'espace de travail (*Workspace*) avant que le statut (*Workspace Status*) ne puisse être modifié pour « NCDT Completed ». Les frais de réinspection sont appliqués à chaque inspection lorsqu'une deuxième inspection de suivi et toute inspection de suivi ultérieure sont effectuées pour un ordre de conformité.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer les frais de réinspection à partir d'une enveloppe de financement des soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels; Services des programmes et de soutien; et Aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux résidents pour payer les frais de réinspection.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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.

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^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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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.

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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

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.