

**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

<b>Date d'émission du rapport :</b> 28 août 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1088-0001	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Extendicare (Canada) Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Extendicare Peterborough, Peterborough	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>  Rita Lajoie <small>Digitally signed by Rita Lajoie Date: 2024.09.10 15:35:26 -0400</small>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9 et du 13 au 16 août 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 8 et 12 août 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00122221
- Inspection proactive de la conformité

**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

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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 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;

**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 qu'une personne résidente soit réévaluée, que le programme de soins soit revu et à tout autre moment lorsque b) les besoins du résident en matière de soins évoluent.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, il a été constaté qu'une personne résidente avait reçu un statut palliatif à une date précise et avait commencé à recevoir des médicaments sous-cutanés contre la douleur.

Le programme de soins palliatifs du foyer indique que l'infirmière doit élaborer un programme de soins qui prévoit des stratégies de gestion de la douleur et des symptômes.

Un examen du dossier a montré que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mis à jour pour tenir compte du changement de statut palliatif et de l'accent mis sur la douleur.

Les entretiens avec le coordonnateur des services cliniques et le responsable des soins palliatifs et de la douleur ont confirmé la date à laquelle la personne résidente est devenue palliative et a commencé à recevoir des injections sous-cutanées de médicaments, et le programme de soins n'a pas été mis à jour, alors qu'il aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir révisé le programme de soins lorsque les besoins en soins de la personne résidente ont changé a entraîné un risque de soins incorrects de la part de l'équipe soignante.

**Sources :** Programme de soins palliatifs, dossiers médicaux et programme de soins

**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

de la personne résidente n° 012, entretiens avec le coordonnateur des services cliniques et l'infirmière autorisée (IA).

## AVIS ÉCRIT : Formation

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

### **Non-respect : du paragraphe 82 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux membres du personnel d'entretien ménager qui ont reçu une formation en vertu du paragraphe (2) suivent un cours de recyclage sur la prévention et la lutte contre les infections aux moments ou aux intervalles prévus par la réglementation.

### **Justification et résumé**

Dans le cadre de l'évaluation de l'inspection proactive de la conformité, le programme de PCI interne au foyer a été examiné et deux membres du personnel d'entretien ménager ont été interrogés.

Le membre du personnel d'entretien ménager n° 101 devait présenter ses modules annuels de prévention et de contrôle des infections à une date précise et ne les avait pas terminés.

Le membre du personnel d'entretien ménager n° 103 devait présenter ses modules annuels de prévention et de contrôle des infections à une date précise et les a

**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

terminés en retard.

Un entretien avec le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que l'ensemble du personnel est censé suivre la formation de PCI dans les délais impartis. Le gestionnaire des services environnementaux a également confirmé qu'il recevait une liste des membres du personnel dont les modules sont à échéance et qu'il s'est entretenu en personne avec les deux membres du personnel d'entretien ménager. Un entretien avec la directrice des soins a confirmé que le foyer s'attend à ce que tous les membres du personnel suivent les modules d'apprentissage pour la formation annuelle dans les délais impartis.

Le fait que les membres du personnel d'entretien ménager n'aient pas suivi les modules de la PCI peut avoir exposé les résidents à un risque accru de propagation d'infections, étant donné que la formation n'a peut-être pas été donnée correctement et/ou dans son intégralité, comme cela est exigé.

**Sources :** Dossiers de formation des membres du personnel d'entretien ménager, entretien avec le gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

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

Température ambiante

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

**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

suivantes du foyer :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et documentée dans au moins deux chambres de résidents situées dans des parties différentes du foyer, dans une aire commune de résidents à chaque étage du foyer et dans chaque aire de refroidissement désignée, 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**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, une évaluation est effectuée pour s'assurer que le foyer maintient une température minimale de 22 degrés et que les registres de température ont été remplis conformément au paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont.

Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il prenait manuellement la température dans la chambre d'une personne résidente et une section commune, mais pas dans les aires de refroidissement. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que pendant le quart de soir/de nuit, une infirmière autorisée est affectée à la prise et à l'enregistrement des températures.

L'examen des registres de température pour trois mois en 2024 a révélé que les températures n'étaient pas systématiquement relevées dans deux chambres de résidents différentes, dans une zone commune aux résidents à chaque étage et dans les aires de refroidissement désignées. Les heures auxquelles 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

températures ont été prises n'ont pas été enregistrées de manière cohérente et les données étaient manquantes pendant plusieurs jours.

Le fait de ne pas contrôler régulièrement la température dans les zones désignées peut avoir limité la capacité du titulaire de permis à s'assurer que les températures étaient maintenues au niveau requis.

**Sources :** Registres quotidiens de la température de l'air, entretien avec le gestionnaire des services environnementaux

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

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

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) 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 soit mesurée et documentée dans au moins deux chambres de résidents situées dans des parties différentes du foyer, dans une aire commune de résidents à chaque étage du foyer et dans chaque aire de refroidissement désignée, 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**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, une évaluation est

**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

effectuée pour s'assurer que le foyer maintient une température minimale de 22 degrés et que les registres de température ont été remplis conformément au paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont.

Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que pendant le quart de soir/de nuit, une infirmière autorisée est affectée à la prise et à l'enregistrement manuel des températures de l'air.

L'examen des registres de température pour trois mois en 2024 a révélé que les températures n'étaient pas systématiquement relevées dans deux chambres de résidents différentes, dans une zone commune aux résidents à chaque étage et dans les aires de refroidissement désignées trois fois par jour.

L'examen des données enregistrées dans les registres de température des parties communes pour les mois de juillet et août 2024 a montré qu'il n'y avait pas d'enregistrement des températures dans deux chambres de résidents situées dans des zones différentes du foyer, dans une partie commune à chaque étage du foyer et dans les aires de refroidissement désignées pendant les quarts de travail du soir et de la nuit.

Le fait de ne pas contrôler régulièrement la température dans les zones requises peut avoir limité la capacité du titulaire de permis à s'assurer que les températures étaient maintenues au niveau requis.

**Sources :** Registres quotidiens de la température de l'air, registres de la température des parties communes, entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

**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

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

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

- a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1) :
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 013 fasse l'objet d'une évaluation de la peau et des plaies à son retour de l'hôpital.

### **Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, une évaluation a été menée pour s'assurer que le foyer fournit des soins de la peau et des plaies conformément aux exigences légales. Deux résidents ont fait l'objet d'une évaluation de leur peau et de leurs plaies et d'un changement de pansement.

L'examen des notes d'évolution d'une personne résidente indiquait qu'elle avait été admise à l'hôpital à une certaine date et qu'elle en était revenue à une certaine date. Les notes d'évolution pour un jour et une heure spécifiques indiquent que le pansement est sec et intact. Il a été changé à l'hôpital et sera ajouté au registre électronique d'administration des traitements.

Un examen du programme de traitement de la peau et des plaies du foyer en matière de prévention des lésions cutanées indiquait qu'une évaluation de la tête aux pieds doit être effectuée à chaque retour d'hospitalisation.

**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 coordonnateur clinique a indiqué que les plaies doivent être évaluées à chaque retour d'une personne résidente de l'hôpital.

Le fait de ne pas procéder à une évaluation de la peau et des plaies au retour de l'hôpital expose la personne résidente au risque de recevoir un traitement des plaies inadéquat ou inapproprié.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 013, registre électronique d'administration des traitements, programme de traitement de la peau et des plaies du foyer en matière de prévention des lésions cutanées, entretien avec le coordonnateur clinique.

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

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

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

**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 qu'une personne résidente reçoive des soins de plaie à la fréquence prescrite.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, une évaluation a été menée pour s'assurer que le foyer fournit des soins de la peau et des plaies conformément aux exigences légales. Deux résidents ont fait l'objet d'une évaluation de leur peau et de leurs plaies et d'un changement de pansement.

Une IA a indiqué que l'on s'attend à ce que les pansements soient réalisés conformément à la prescription et signés dans le registre électronique d'administration des traitements pour montrer qu'ils ont été effectués.

L'examen des dossiers cliniques d'une personne résidente a indiqué qu'un pansement à un endroit spécifique devait être appliqué tous les deux jours. Les entrées du registre électronique d'administration des traitements ont indiqué que le pansement de la plaie était documenté comme sec et intact à trois dates précises, et qu'il n'y avait pas de documentation pour deux dates précises. Un examen plus approfondi a révélé que les changements de pansements à l'endroit spécifié n'avaient pas été effectués comme prévu à plusieurs reprises.

Le fait de ne pas changer le pansement d'une personne résidente à la fréquence prescrite risque de compromettre la cicatrisation de la plaie.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, registre électronique d'administration des traitements et entretien avec l'IA.

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

**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

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 013 fasse l'objet d'une évaluation hebdomadaire des plaies à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, une évaluation a été menée pour s'assurer que le foyer fournit des soins de la peau et des plaies conformément aux exigences légales. Deux résidents ont fait l'objet d'une évaluation de leur peau et de leurs plaies et d'un changement de pansement.

Le coordonnateur clinique a indiqué que l'on s'attend à ce que les plaies soient évaluées chaque semaine à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Un examen du programme de traitement de la peau et des plaies du foyer en matière de gestion des soins des plaies a indiqué que l'état de la peau de la

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

personne résidente doit être surveillé à chaque changement de pansement et réévalué au minimum tous les sept jours.

Le fait de ne pas procéder à des évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies expose la personne résidente au risque de recevoir un traitement inadéquat ou inapproprié des plaies.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, registre électronique d'administration des traitements, programme de traitement de la peau et des plaies du foyer en matière de gestion des soins des plaies. Entretien avec le coordonnateur clinique.

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

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance des réactions de la personne résidente et de l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur soit assurée.

### **Justification et résumé**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, il a été constaté qu'une personne résidente avait reçu un statut palliatif à une date précise et avait commencé à recevoir des médicaments sous-cutanés contre la douleur.

La politique du foyer en matière de détection et de gestion de la douleur indique que lorsqu'une personne résidente ressent une nouvelle douleur ou prend un nouveau médicament lié à la douleur, elle est évaluée à l'aide de l'évaluation complète de la douleur, qui comprend la gravité, l'emplacement, la qualité et la radiation. Cette évaluation doit être effectuée pendant les quarts de jour, les quarts de soir et les nuits où la personne résidente est éveillée, et ce, pendant 72 heures.

L'examen des dossiers a montré que lorsque la personne résidente est devenue palliative à une date précise et a commencé à recevoir des injections sous-cutanées de médicaments, aucune évaluation complète de la douleur n'a été effectuée les jours, les soirs et si elle était éveillée la nuit pendant soixante-douze heures.

Les entretiens avec le coordonnateur clinique et l'IA responsable des soins palliatifs et de la douleur ont confirmé que la personne résidente était devenue palliative à une date précise et qu'elle avait commencé à recevoir des injections sous-cutanées de médicaments, mais que des évaluations complètes de la douleur n'avaient pas été effectuées comme cela était requis et aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir procédé à une évaluation complète de la douleur de la personne résidente pendant soixante-douze heures, comme cela est exigé, a eu pour conséquence qu'il n'a pas été possible de savoir si les médicaments contre la douleur étaient efficaces.

**Sources :** Politique en matière de détection et de gestion de la douleur, dossier médical électronique de la personne résidente, entretiens avec le coordonnateur

**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

clinique et l'IA.

## AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

**Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (ii) 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 :

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

Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection des éléments suivants conformément aux spécifications du fabricant et en utilisant, au minimum, un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques courantes : (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position

### Justification et résumé

**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

Lors de l'inspection proactive de la conformité, dans le cadre de l'évaluation de la PCI, deux pièces d'équipement pour les soins aux résidents ont été observées. Un appareil de levage assis-debout se trouvait dans le couloir de Lilac Lane, avec un harnais étiqueté pour les résidents posé en travers de l'appareil.

Conformément aux Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), les harnais de levage hydrauliques doivent être lavés entre les patients et lorsqu'ils sont souillés, et dédiés à une seule personne résidente si possible.

Un entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que le harnais étiqueté des résidents devait se trouver dans la chambre des résidents et non dans le couloir de l'autre côté de l'ascenseur. La personne résidente n'a plus besoin du harnais identifié et étiqueté, et ce harnais a été utilisé pour une autre personne résidente qui ne disposait pas d'un harnais personnel dédié. La PSSP a indiqué que les harnais n'étaient pas disponibles et qu'elle devait se rendre dans un autre endroit, dans un placard de rangement, pour voir si un harnais était disponible, mais qu'elle était trop occupée pour le faire.

Un entretien avec la directrice des soins a confirmé que le foyer dispose de harnais supplémentaires pour les résidents qui en ont besoin et que le foyer vérifie les harnais chaque mois pour s'assurer que chaque personne résidente dispose de son propre harnais, qui est conservé dans la chambre des résidents, au dos de la porte d'entrée. La directrice des soins a également confirmé que les harnais ne peuvent pas être empruntés dans la chambre d'une autre personne résidente sans être lavés et étiquetés à nouveau.

En ne veillant pas à la mise en œuvre des procédures de nettoyage et de

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

désinfection des harnais de levage hydrauliques, il existait un risque de propagation d'agents infectieux parmi les résidents.

**Sources :** Observations, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition, entretiens avec une PSSP et la directrice des soins

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

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

**Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole délivré par le directeur en ce qui concerne la PCI soit respecté. En particulier, en ce qui concerne la gestion des déchets, conformément au point e) de la section 5.4 de la Norme de PCI.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et les procédures du programme de PCI traitent également de la gestion des déchets.

**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 la conformité du rangement des médicaments, la salle de rangement des médicaments du gouvernement, qui contient des médicaments, des gants et des fournitures pour pansements, a été inspectée. Il a été observé que la porte de la pièce portait un panneau indiquant « Déchets biodangereux » et qu'à l'intérieur de la pièce se trouvait une boîte, doublée d'un sac en plastique jaune, contenant des récipients tranchants fermés et pleins.

La politique du foyer en matière de déchets biodangereux indique que la collecte et le stockage des déchets biodangereux doivent se faire dans des contenants approuvés à cet effet et que le stockage final doit être séparé des salles d'approvisionnement propres et des zones de rangement et de préparation des aliments.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins de santé, celle-ci n'était pas au courant que les déchets biodangereux ne devaient pas être stockés dans la salle de rangement des médicaments du gouvernement, car c'est là que se trouvaient les déchets biologiques depuis plusieurs années.

Le fait de ne pas avoir respecté la politique en matière de déchets biodangereux a exposé le contenu de la salle de rangement des médicaments du gouvernement à un risque de contamination.

**Sources :** Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, politique en matière de déchets biodangereux, observation, entretien avec la directrice des soins.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Observation des**

**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

## instructions du fabricant

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Observation des instructions du fabricant

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

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

- 1) Un stock de récipients et de bandelettes de test AHP 1750 doit être disponible dans tous les placards du service d'entretien ménager et sur tous les chariots d'entretien ménager.
- 2) Le responsable de la PCI informera le gestionnaire des services environnementaux et l'ensemble du personnel d'entretien ménager des procédures à suivre pour tester le nettoyeur désinfectant Oxivir Plus, interpréter et remplir les fiches de résultats des analyses par bandelettes de test AHP 1750.
- 3) Contrôler les jours et les soirs l'utilisation des bandelettes de test et des fiches de suivi des analyses pendant quatre semaines, par le gestionnaire des services environnementaux.
- 4) Conserver un registre documenté des contrôles effectués, avec le nom de la personne qui a effectué le contrôle, la date à laquelle le contrôle a été effectué, y compris toute mesure corrective prise, et le mettre à la disposition des inspecteurs immédiatement sur demande.

## Motifs

**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 personnel d'entretien ménager utilise tout l'équipement et toutes les fournitures du foyer conformément aux instructions du fabricant.

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection sur place, une unité murale de désinfection Diversey a été observée dans le placard du service d'entretien ménager. Elle était utilisée par le foyer pour diluer et distribuer le désinfectant et nettoyant Oxivir Plus utilisé pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact dans les sections accessibles aux personnes résidentes.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel d'entretien ménager, celui-ci a confirmé que le personnel d'entretien ménager était censé tester la concentration du désinfectant et du nettoyant Oxivir Plus distribués à partir de l'unité murale chaque semaine, et lorsque la nouvelle bouteille de concentré est remplacée, puis enregistrer les lectures sur la feuille de résultats des analyses par bandelettes de test AHP 1750. Un membre du personnel d'entretien ménager avait un contenant de bandelettes de test AHP 1750 avec des bandelettes de test dans le placard du service d'entretien ménager qui avait une date d'expiration du 14 mars 2024. La feuille de résultats des analyses des bandelettes de test AHP 1750 indiquait que le dernier relevé des niveaux de concentration de désinfectant du foyer remontait au 26 mai 2024.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel d'entretien ménager, celui-ci a confirmé qu'il n'avait pas connaissance de bandelettes d'analyse chimique et qu'il ne savait pas où se trouvait la feuille des résultats des tests enregistrés, bien qu'il ait travaillé à temps partiel dans le domaine de l'entretien ménager pendant un certain nombre d'années. L'inspectrice ou l'inspecteur a trouvé les bandelettes d'analyse chimique et la feuille de résultats de l'analyse dans une chemise en plastique

**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

transparent suspendue au robinet dans le placard des concierges. Un membre du personnel d'entretien ménager avait un contenant de bandelettes de test AHP 1750 avec des bandelettes de test dans le placard du service d'entretien ménager qui avait une date d'expiration du 14 mars 2024. La feuille de résultats des analyses des bandelettes de test AHP 1750 indiquait que le dernier relevé des niveaux de concentration de désinfectant du foyer remontait au 15 juillet 2024.

Lors d'un entretien, le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il n'était pas au courant que les feuilles de résultats des analyses de bandelettes de test AHP 1750 étaient incomplètes dans deux zones du foyer, et a confirmé qu'elles devaient être remplies comme indiqué sur la feuille de résultats des analyses de bandelettes de test AHP 1750 pour tester la concentration du désinfectant et nettoyant Oxivir Plus distribué par l'unité murale chaque semaine, et lorsque la nouvelle bouteille de concentré est remplacée, et enregistrer les lectures sur la feuille de résultats des analyses de bandelettes de test AHP 1750. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le personnel utilisait un contenant de bandelettes périmées, mais que les bandelettes n'étaient pas périmées. Le gestionnaire des services environnementaux ne savait pas qu'un membre du personnel d'entretien ménager ne savait pas comment tester les produits chimiques à l'aide des bandelettes d'analyse chimique et enregistrer les résultats sur la feuille de résultats de l'analyse des bandelettes de test AHP 1750.

En ne veillant pas à ce que le personnel utilise tous les équipements, fournitures et dispositifs du foyer conformément aux instructions du fabricant, le titulaire de permis a augmenté le risque d'infections associées aux soins de santé.

**Sources :** Observation de l'équipement du distributeur de désinfectant Oxivir Plus, fiche de résultats des analyses des bandelettes de test AHP 1750, fiches d'information Diversey Plus, fiches d'information AHP 1750, entretien avec 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 du Centre-Est**

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

gestionnaire des services environnementaux et les membres du personnel  
d'entretien ménager.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 octobre 2024**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

## 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.

**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

**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.

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;

**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

- 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).