

**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 modifié Page couverture (M2)

**Date d'émission du rapport modifié :** 21 janvier 2025

**Date d'émission du rapport initial :** 22 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1544-0003 (M2)

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** The Corporation of the City of Peterborough et The Corporation of the County of Peterborough

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairhaven, Peterborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

L'ordre de conformité (OC) n° 001 a été changé par le directeur. Les motifs de l'ordre demeurent les mêmes, et la date d'échéance de mise en conformité est le 7 février 2025.

**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 modifié (M2)

**Date d'émission du rapport modifié :** 21 janvier 2025

**Date d'émission du rapport initial :** 22 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1544-0003 (M2)

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** The Corporation of the City of Peterborough et The Corporation of the County of Peterborough

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairhaven, Peterborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

L'ordre de conformité (OC) n° 001 a été changé par le directeur. Les motifs de l'ordre demeurent les mêmes, et la date d'échéance de mise en conformité est le 7 février 2025.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 11, du 15 au 18 et du 21 au 24 octobre 2024.

L'inspection concernait :

**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

Deux demandes liées à une allégation d'exploitation financière.

Suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 005, Plans de mesures d'urgence, en vertu du paragraphe 268 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 008 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Portes dans le foyer, en vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi de l'OC n° 001 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Système de communication bilatérale, en vertu de l'alinéa 20 e) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 004 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Substances dangereuses, en vertu de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024

Suivi n° 1 de l'OC n° 003 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission, en vertu de la disposition 1 du paragraphe 27 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 002 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Observation des instructions du fabricant, en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 006 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Plans de mesures d'urgence, en vertu du paragraphe 268 (14) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 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 du Centre-Est**

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

Suivi n° 2 de l'OC n° 001 de l'inspection n° 2023-1544-0002, Programme de prévention et de contrôle des infections, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 9 février 2024.

Suivi n° 3 de l'OC n° 001 de l'inspection n° 2023-1544-0001, Techniques de transfert et de changement de position, en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10 – date d'échéance de mise en conformité : 25 août 2023.

Suivi n° 1 de l'OC n° 010 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Entretien ménager, en vertu du sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 007 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, en vertu de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021) – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Suivi n° 1 de l'OC n° 009 de l'inspection n° 2024-1544-0001, Préparation alimentaire, en vertu de l'alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

Demande liée à une plainte portant sur des préoccupations concernant les soins personnels d'une personne résidente.

Demande liée à une plainte portant sur des préoccupations concernant une erreur d'administration de médicaments.

Demande liée à une plainte portant sur des préoccupations concernant les soins liés à l'incontinence et concernant de la négligence.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Ordres de conformité délivrés antérieurement :**

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

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu du paragraphe 268 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 008 de l'inspection n°2024-1544-0001 en vertu de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu de l'alinéa 20 e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n°2024-1544-0001 en vertu de la disposition 1 du paragraphe 27 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu du paragraphe 268 (14) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1544-0002 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1544-0001 en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10

Ordre n° 010 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu du sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

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

Ordre n° 009 de l'inspection n° 2024-1544-0001 en vertu de l'alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes

**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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

### AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

#### Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) et une plainte ont été soumis au directeur concernant une allégation d'exploitation financière envers une personne résidente. L'infirmière autorisée (IA) a entamé une enquête au sujet de l'allégation.

La politique du foyer précisait que le personnel autorisé et l'équipe de gestion devaient ouvrir une enquête en demandant aux personnes concernées de remplir en détail le formulaire d'enquête sur les incidents. Le formulaire d'enquête sur les incidents précisait que le personnel autorisé devait inscrire une note sur la gestion des risques.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

La directrice des soins a présenté un dossier rouge qui comprenait les documents d'enquête sur les allégations d'exploitation financière envers une personne résidente. Le formulaire d'enquête sur les incidents ne se trouvait pas dans le dossier rouge.

La directrice des soins a reconnu que le formulaire d'enquête sur les incidents n'avait pas été rempli conformément à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence du foyer, et a confirmé qu'il n'y avait pas de note sur la gestion des risques.

Étant donné que le personnel n'avait pas rempli le formulaire d'enquête sur les incidents et inscrit une note sur la gestion des risques, l'enquête sur l'allégation d'exploitation financière de la part d'une personne résidente était incomplète.

**Sources :** Politique du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

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 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 ne s'est pas conformé à l'OC n° 009 de l'inspection n° 2024-1544-0003 signifié le 2 mai 2024, dont la date d'échéance de mise en 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

était le 5 juillet 2024; la conformité n'a pas été atteinte pour tous les aspects de l'OC n° 009.

Plus particulièrement, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le gestionnaire des services nutritionnels, en collaboration avec le diététiste professionnel et la directrice générale, dispose d'un équipement de restauration collective qui permet de maintenir des aliments froids à des températures sécuritaires pendant les services de restauration. Les vérifications réalisées pendant quatre semaines au moment du service des repas qui visaient à s'assurer que les aliments froids étaient préparés, transportés et maintenus à des températures sécuritaires ont démontré qu'aucune mesure corrective n'avait été prise lors de la détection d'une lacune.

**Justification et résumé**

Les vérifications de la cuisine principale ont révélé que lorsque des aliments froids étaient préparés et que leur température était supérieure à 40 degrés Fahrenheit (4 degrés Celsius), des mesures correctives étaient prises, mais qu'une deuxième prise de température n'était pas consignée pour s'assurer qu'elle avait redescendu à 4 degrés Celsius ou moins. Le gestionnaire des services de nutrition a reconnu qu'une deuxième prise de température n'était pas consignée dans le dossier de vérification ni dans la cuisine indiquant que la température était inférieure à 4 degrés Celsius avant le transfert des aliments froids dans le chariot de service et le transport vers les sections accessibles aux résidents.

Les vérifications ont révélé que les boissons et aliments froids étaient retirés du chariot de service à l'arrivée dans la section accessible aux résidents et placés au réfrigérateur ou sur de la glace. La vérification indiquait que la température des aliments froids (protéines) devait être prise et consignée avant que les repas ne soient servis et qu'elle devait être inférieure à 4 degrés Celsius ou 40 degrés

**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

Fahrenheit. L'examen des vérifications quotidiennes des aliments froids pendant quatre semaines a démontré que la température de conservation des aliments froids avait été supérieure à 4 degrés Celsius tous les jours pendant la période de vérification sauf un. Le chef des services alimentaires a reconnu que la mesure corrective visant à maintenir les aliments froids à une température inférieure à 4 degrés Celsius n'avait pas été prise au moment où une lacune avait été décelée pendant la période de vérification.

Le foyer avait fait l'achat d'un équipement de restauration collective qui permettait de préparer, de transporter et de maintenir des aliments chauds et froids périssables à une température sécuritaire. Le gestionnaire des services de nutrition a reconnu que malgré l'achat de l'équipement, la température des aliments froids restait souvent supérieure à 4 degrés Celsius et qu'il envisagerait d'autres mesures d'intervention pour maintenir les aliments froids à une température égale ou inférieure à 4 degrés Celsius.

**Sources :** Examen des vérifications et entretien avec le gestionnaire des services de nutrition.

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

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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 (Problème 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 du Centre-Est**

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

En vertu de l'article 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 une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité**

Il n'y avait pas d'antécédent de non-conformité au paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021) remis pour l'ordre de conformité n° 009 du rapport d'inspection n° 2024-1544-0003.

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.

**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 : Portes dans le foyer

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

### **Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher un accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

### **Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la porte de la salle d'équipement d'une section accessible aux résidents était fermée, non verrouillée et non surveillée, ce qui permettait aux personnes résidentes d'y accéder facilement.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que toutes les portes des salles d'équipement devaient être fermées et verrouillées en tout temps pour assurer la sécurité des personnes résidentes. L'IAA a immédiatement fermé à clé la porte de la salle d'équipement.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel a entraîné un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** Observations et un entretien avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé**

On a constaté que la porte de la salle d'entreposage de l'équipement de la section accessible aux résidents était ouverte et non verrouillée, et qu'il y avait à l'intérieur un appareil de levage et des harnais. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que la porte de la salle d'équipement était une porte va-et-vient et a signalé qu'elle ne se verrouillait pas lorsqu'elle se fermait. La PSSP a affirmé qu'elle présenterait une demande d'entretien en vue de la réparation de la porte. Le jour même, l'inspectrice ou l'inspecteur a fait part de son observation à la directrice des soins, qui lui a fait savoir qu'elle informerait le gestionnaire des services environnementaux que la porte devait être réparée.

Le lendemain, on a fait une observation avec le gestionnaire des soins aux résidents pour vérifier si la porte avait été réparée; la porte a été ouverte et, une fois relâchée, elle s'est refermée et s'est verrouillée. Le gestionnaire des soins aux résidents a convenu que la porte de la salle d'entreposage devait rester fermée à clé.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Le fait que la porte ne se verrouille pas a exposé les personnes résidentes à un faible risque en matière de sécurité, et à aucun risque pour la santé.

**Sources :** Observations, entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

**Non-respect : de la disposition 19 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 :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait une évaluation interdisciplinaire des risques en matière de sécurité pour une personne résidente lorsqu'elle allait fumer dehors, notamment le risque de fugue.

### Justification et résumé

Une plainte a été reçue de la part du mandataire spécial d'une personne résidente concernant les soins personnels prodigués à cette dernière et le fait qu'elle soit sortie du foyer.

La personne résidente était sortie du foyer avec une autre personne résidente. Une IA a indiqué que le mandataire spécial l'avait informée que la personne résidente était sortie du foyer avec une autre personne résidente. Plus tard ce jour-là, la personne résidente et l'autre personne résidente sont revenues ensemble au foyer

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

et l'IA a demandé à l'autre personne résidente de ne pas emmener la personne résidente à l'extérieur du foyer.

Rien n'indiquait qu'une évaluation avait eu lieu au sujet du risque en matière de sécurité pour la personne résidente, y compris la durée de la période pendant laquelle elle était restée à l'extérieur, ou si elle avait subi des blessures, après que la personne résidente soit revenue au foyer ce jour-là. Les dossiers cliniques de la personne résidente ne précisait pas la procédure à suivre pour surveiller la personne résidente lorsqu'elle sortait du foyer. Aucun processus ni aucune mesure d'intervention n'étaient en place pour assurer la sécurité de la personne résidente lorsqu'elle sortait du foyer.

L'IA a indiqué que la personne résidente sortait plusieurs fois par jour. L'IA a convenu que même si la personne résidente présentait un faible risque de fugue, il ne lui était pas sécuritaire de sortir du foyer par elle-même.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit fondé sur une évaluation du risque en matière de sécurité lorsqu'elle sortait du foyer l'a exposée à un risque de fugue.

**Sources :** Dossiers cliniques et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins personnels**

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

**Non-respect : de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins personnels

**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

Article 36 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment, les soins d'hygiène et le toilettage.

**Justification et résumé**

Une plainte a été déposée auprès du directeur par le mandataire spécial de la personne résidente concernant des préoccupations relatives aux soins personnels, y compris les soins de toilettage de tous les jours.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n'indiquaient pas à quelle fréquence ces soins devaient lui être proposés. Les dossiers cliniques indiquaient que la personne résidente avait besoin d'une aide ou supervision minimale pour ses soins de toilettage.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'elle ne s'était pas rasée pendant 16 jours au cours d'un mois, puis pendant quatre jours consécutifs au cours d'un autre mois. Les documents ont aussi montré que la personne résidente n'avait pas reçu de soins de toilettage pendant sept jours consécutifs. Aucun document ne mentionne la raison pour laquelle la personne résidente n'avait pas reçu ces soins.

La PSSP a confirmé que la personne résidente n'avait pas reçu de soins de toilettage aux dates précisées. La directrice des soins a confirmé que la personne

**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

résidente aurait dû recevoir ces soins tous les jours et que ce renseignement serait mis à jour.

Le fait de ne pas fournir des soins individualisés adéquats d'hygiène et de toilette peut nuire au confort et à la dignité de la personne résidente.

**Sources :** Photographie d'une personne résidente, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Services d'entretien**

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Services d'entretien

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 :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins 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. Le titulaire de permis doit tenir un document consigné intégral des types d'appareils de levage que le personnel du foyer utilise actuellement pour soulever et transférer des personnes résidentes.
2. Le titulaire de permis doit élaborer et mettre en œuvre des contrôles et 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

procédures d'entretien pour chaque type d'appareil de levage conformément aux directives des fabricants.

3. Le titulaire de permis doit donner une formation au personnel responsable de l'entretien des appareils de levage et des harnais sur l'ensemble des procédures et des contrôles nouveaux et révisés (conformément aux directives des fabricants), et tenir un dossier comprenant le nom des membres du personnel qui l'ont suivie, la matière présentée et les dates auxquelles la formation a été donnée.

4. Le titulaire de permis doit examiner le programme du foyer sur l'utilisation des appareils de levage afin d'assurer l'élaboration et la mise en œuvre de procédures pour veiller à ce que les harnais soient jumelés à l'appareil de levage conformément aux directives du fabricant.

5. Pour chaque modèle unique et fabricant d'appareils de levage qui nécessitent des harnais, le titulaire de permis doit procéder à un examen de l'inventaire pour déterminer les appareils de levage dont le harnais n'est pas le harnais précis du fabricant ou de l'unité.

a. En cas d'utilisation d'un harnais qui n'est pas propre au fabricant, le titulaire de permis doit obtenir la confirmation par écrit du fabricant d'appareils de levage selon laquelle le harnais précis utilisé n'exposera la personne résidente à aucun risque, et il doit tenir un dossier écrit de l'examen et des confirmations écrites reçues.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, soit maintenu en bon état et soit entretenu et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Justification et résumé**

Une inspection de suivi a été effectuée concernant deux ordres de conformité selon lesquels les membres du personnel devaient suivre les instructions de sécurité du fabricant lors de l'utilisation des appareils de levage et des harnais pour le transfert d'une personne résidente.

Plusieurs types d'appareils de levage au sol étaient utilisés, et les harnais fournis pour le transfert des personnes résidentes n'avaient pas été fabriqués pour servir avec ces appareils. Les instructions du fabricant de chaque appareil de levage au sol et de chaque harnais précisent à quel moment et de quelle manière l'entretien préventif doit être effectué. Les contrôles de sécurité des appareils de levage au sol n'étaient pas individualisés de manière à répondre aux différentes instructions du fabricant concernant l'inspection de ces appareils. Les harnais utilisés n'avaient pas été fabriqués pour les appareils de levage au sol servant au transfert des personnes résidentes. Il n'y avait aucun registre documenté des contrôles de sécurité pour chaque type d'appareil de levage et de harnais conformément aux instructions du fabricant.

La directrice des soins a reconnu qu'il existait différents types d'appareils de levage au sol et que les harnais étaient d'une marque différente de celle des appareils de levage au sol utilisés. La directrice des soins a signalé qu'un représentant avait fait observer que les harnais étaient interchangeable avec les appareils de levage du fabricant. La directrice des soins a reconnu que les instructions du fabricant pour les différents types d'appareils de levage au sol au foyer précisaient que les autres harnais n'étaient pas interchangeables.

**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

Selon la politique du foyer, la directrice des soins devait examiner les listes de contrôle de sécurité des harnais et des appareils de levage, les vérifications ainsi que la mise hors service des harnais. Le personnel infirmier devait participer à l'entretien préventif des harnais et des appareils de levage aux fins de leur contrôle quotidien de sécurité. Le personnel des services environnementaux devait effectuer l'entretien préventif de l'ensemble des appareils de levage conformément aux instructions du fabricant et tenir un registre clair des inspections.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le personnel des services environnementaux ne vérifiait pas les appareils de levage comme l'indiquaient les instructions du fabricant en matière d'entretien préventif.

Le fait que le personnel et la direction n'aient pas vérifié les appareils de levage et les harnais conformément aux instructions du fabricant a exposé la personne résidente à un risque accru en matière de sécurité.

**Sources :** Politique du foyer, courriels échangés avec un fabricant d'appareils de levage, examen des vérifications du contrôle de sécurité des appareils de levage, instructions du fabricant d'appareils de levage et de harnais et entretien avec la directrice des soins et le gestionnaire des services environnementaux.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 2025**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Préparation alimentaire**

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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

**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

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).

**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. Le gestionnaire des services de nutrition et le diététiste professionnel collaboreront et réviseront la politique de préparation alimentaire afin de voir à ce que les aliments et boissons soient préparés, entreposés et servis selon des méthodes qui permettront de prévenir l'adultération et les maladies d'origine alimentaire, conformément aux pratiques courantes fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, aux pratiques exemplaires.
2. Le gestionnaire des services de nutrition ou la personne désignée par la direction donnera une formation en personne sur la politique à jour à l'ensemble des aides en diététique. Tenir un registre de la formation donnée, du nom des membres du personnel qui y ont participé et de la date à laquelle ils l'ont suivie, et transmettre les documents à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.
3. Après la formation, le gestionnaire des services de nutrition ou la personne désignée, qui doit être un gestionnaire, fera passer un test supervisé à l'ensemble des membres du personnel des services de diététique. S'assurer que tous les membres du personnel complètent le test de manière indépendante et sans aide. Veiller à ce que tous les membres du personnel ayant obtenu une note finale inférieure à 85 % au test reçoivent une formation complémentaire et passent un nouveau test sur la matière. Tenir un registre documenté du matériel de test, du

**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

dossier d'administration et des notes finales de chaque participant, ainsi que de la date à laquelle le test a été effectué. Fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

4. Le gestionnaire des services de nutrition ou la personne désignée par la direction procédera à des vérifications de la température des aliments avant le point de service pour tous les repas dans la salle à manger pendant quatre semaines afin de s'assurer que la température des aliments et des boissons est maintenue hors de la zone des températures dangereuses. Prendre des mesures correctives sur place si des écarts sont constatés. Tenir des registres documentés de la vérification, de la date de cette dernière, du type de repas, de l'emplacement de la salle à manger et de la mesure corrective. Chaque semaine, le gestionnaire des services de nutrition analysera les vérifications et proposera au personnel des mesures correctives supplémentaires à prendre selon les tendances observées. Tenir un registre documenté de l'analyse hebdomadaire effectuée, des tendances cernées et des mesures correctives prises. Fournir les rapports de vérification à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et boissons compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui empêchent l'adultération et les maladies d'origine alimentaire.

**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 de l'ordre de conformité n° 009, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la température des aliments froids était constamment supérieure à 4 degrés Celsius au cours de la période de vérification de quatre semaines.

Le document sur les pratiques exemplaires en matière de nutrition, de services alimentaires et de services de restauration dans les foyers de soins de longue durée (*Best Practices for Nutrition, Food Service and Dining in Long Term Care Homes*), document de travail du groupe d'action sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario de 2019 (*Working Paper of the Ontario LTC Action Group 2019*), précise que les aliments chauds doivent être maintenus à une température minimale de 60 degrés Celsius et les aliments froids, à une température maximale de 4 degrés Celsius pendant toute la durée du service de repas. Ce document révèle également que les politiques et procédures de production alimentaire doivent comprendre au moins les principes d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (*Hazard Analysis and Critical Control Points*), y compris les lignes directrices sur la durée de conservation et la température pour l'achat, la préparation, la conservation, le service et l'entreposage d'aliments. Selon les conseils sur la sécurité du gouvernement du Canada, tout le monde doit prendre en tout temps des précautions générales en matière de salubrité des aliments, car les bactéries peuvent se développer si les aliments sont maintenus à une température de 4 à 60 degrés Celsius. Les aliments froids doivent être conservés à une température inférieure ou égale à 4 degrés Celsius et les aliments chauds, à une température égale ou supérieure à 60 degrés Celsius.

Le gestionnaire des services de nutrition a indiqué qu'il s'était entretenu avec le diététiste professionnel et a reconnu que les aliments froids devaient être maintenus à une température inférieure à 4 degrés Celsius jusqu'à ce qu'ils soient servis. Le gestionnaire des services de nutrition a reconnu que la température consignée des aliments froids avait été maintenue à plus de 4 degrés Celsius et 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

affirmé qu'il se consacrait à la mise en œuvre de nouvelles mesures d'intervention en vue du maintien des aliments froids à une température inférieure à 4 degrés Celsius.

La politique du foyer ne précisait pas les températures auxquelles les aliments chauds et froids devaient être maintenus pendant la préparation et la conservation des aliments ainsi que pendant le service des repas. La politique n'indiquait pas les mesures correctives à prendre lorsque la température des aliments froids était supérieure à 4 degrés Celsius afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire. La politique ne renfermait aucune directive sur la manière dont les boissons froides et chaudes du système de production étaient préparées, entreposées et servies. Le gestionnaire des services de nutrition a convenu qu'il n'existait aucun document d'orientation dont le personnel des services de diététique se servait pour assurer la salubrité des aliments.

Le fait que les aliments froids du système de production alimentaire n'ont pas été préparés, entreposés et servis aux températures requises, et que la politique du foyer en matière de salubrité des aliments n'a pas été mise à jour aux fins de sa consultation par le personnel peut avoir exposé les personnes résidentes à un risque accru pour la santé.

**Sources :** Politique du foyer, conseils généraux sur la salubrité des aliments du gouvernement du Canada, manipulateurs d'aliments (Food Handlers), ministère de la Santé et des Soins de longue durée et entretien avec le gestionnaire des services de nutrition.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 2025**

**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

## ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Entretien ménager

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) a) (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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

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

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Le superviseur des services environnementaux, le gestionnaire des services environnementaux ou le directeur général doit mettre à jour les politiques et procédures du foyer en cas de manque de personnel d'entretien ménager, y compris en cas d'écllosion confirmée d'une maladie, afin de désigner les personnes responsables de la réaffectation des membres du personnel d'entretien ménager en poste et d'indiquer la priorité de chacun d'eux dans le cadre du processus de réaffectation.
2. Donner une formation aux membres du personnel d'entretien ménager du foyer (y compris ceux qui ont suivi une formation polyvalente pour l'entretien ménager), aux infirmières autorisées, aux responsables des horaires et à la direction sur les politiques et procédures à jour du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

3. Tenir un registre documenté de la formation, y compris la date, les détails du contenu de la formation ainsi que le nom et le rôle des membres du personnel qui l'ont suivie. Fournir les dossiers immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.
  
4. Élaborer et mettre en œuvre un processus visant à consigner et à tenir un registre, à préciser quand et pourquoi des membres du personnel d'entretien ménager ont ou n'ont pas été réaffectés lors d'un manque de personnel d'entretien ménager, et à établir les conclusions et les mesures correctives prises pour éviter que l'omission de réaffecter des membres du personnel d'entretien ménager ne se reproduise pas en cas de besoin. Fournir les dossiers immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en place un programme structuré d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, qui prévoit la mise en œuvre de procédures de nettoyage du foyer, notamment les chambres des personnes résidentes, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

**Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur a procédé à une inspection obligatoire de la prévention et du contrôle des infections (PCI), conformément à la liste de contrôle de la PCI.

L'examen de la politique du foyer concernant l'entretien ménager (*Housekeeping Coverage*) a révélé une procédure à suivre par le superviseur des services

**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

environnementaux et le service responsable des horaires en cas de manque de personnel afin de s'assurer que des membres du personnel soient réaffectés pour se charger de la section accessible aux résidents.

Deux responsables des horaires et une IA ont confirmé qu'ils n'étaient pas au courant de la politique du foyer concernant l'entretien ménager ou des directives connexes. L'examen de la plateforme Surge Learning du foyer, en lien avec un ordre de conformité et à une inspection de suivi précédents, ne comprenait pas la formation du personnel sur la nouvelle politique du foyer concernant l'entretien ménager.

Le document d'orientation du service responsable des horaires du foyer indiquait que l'infirmière responsable ou le gestionnaire devaient procéder à la réaffectation des membres du personnel d'entretien ménager en poste conformément à un certain ordre.

Les responsables des horaires ont confirmé que dans les cas où le foyer n'était pas en mesure de combler un manque de personnel d'entretien ménager dans une section accessible aux résidents, les IA ou les gestionnaires étaient chargés de réaffecter des membres du personnel d'entretien ménager en poste. En outre, ils ont confirmé que les responsables des horaires étaient uniquement chargés d'assurer l'orientation en matière de réaffectation de l'effectif d'entretien ménager.

Un membre du personnel d'entretien ménager et les responsables des horaires ont confirmé que pendant trois jours consécutifs, deux sections accessibles aux résidents étaient touchées par l'écllosion confirmée d'une maladie et que ces aires résidentielles faisaient face à des manques de personnel d'entretien ménager. Les responsables des horaires, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux ont tous confirmé que d'autres

**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

membres du personnel d'entretien ménager étaient en poste ces jours-là et étaient affectés à d'autres tâches. Les responsables des horaires, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux ont fait observer que ces membres du personnel d'entretien ménager auraient dû être réaffectés en raison du manque de personnel d'entretien ménager, mais ne l'avaient pas été.

Le superviseur des services environnementaux a confirmé que le lundi, au moment de l'éclosion, il avait examiné l'horaire des membres du personnel d'entretien ménager de la fin de semaine et qu'il avait constaté des manques de personnel pendant cette période. Il a confirmé également qu'il savait que le foyer faisait encore face à des manques de personnel d'entretien ménager le lundi et qu'il n'avait pas procédé à la réaffectation de membres du personnel d'entretien ménager.

Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé qu'il avait travaillé le jour au cours des trois journées en question dans l'une des sections accessibles aux résidents. Il a précisé qu'il n'avait pas été accompagné dans la section accessible aux résidents touchée par l'éclosion en raison d'un manque de personnel d'entretien ménager. De plus, il a confirmé qu'il n'avait pas procédé deux fois par jour au nettoyage et à la désinfection des surfaces de contact dans l'ensemble de l'aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes pendant ses quarts de travail.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé qu'en cas d'éclosion et de manque de personnel d'entretien ménager, il était peu probable qu'un seul membre du personnel d'entretien ménager soit en mesure d'effectuer toutes les tâches d'entretien ménager requises dans deux aires du foyer, ce qui comprenait le nettoyage et la désinfection de quatre chambres de personnes résidentes

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

auxquelles il avait déjà été affecté ainsi que le nettoyage des points de contact deux fois par jour dans de nombreuses chambres de personnes résidentes.

Le fait de n'avoir pas veillé à ce que les procédures de nettoyage du foyer soient mises en œuvre et, en particulier, que des membres du personnel d'entretien ménager soient réaffectés lors d'un manque de personnel pour assurer le nettoyage nécessaire du foyer a exposé la santé et le bien-être des personnes résidentes à un risque.

**Sources :** Politique du foyer concernant l'entretien ménager (*Housekeeping Coverage Policy*), formation sur les ordres de conformité sur la plateforme Surge Learning à l'intention du personnel, document d'orientation du service responsable des horaires et entretiens avec le personnel, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 2025**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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).

**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

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. La personne responsable de la PCI collaborera avec les gestionnaires de service à l'examen de l'ensemble des postes au sein du foyer, à l'établissement d'une liste et à la tenue d'un registre des compétences en matière de PCI requises pour chaque poste. Fournir les dossiers immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.
2. La personne responsable de la PCI élaborera et mettra en œuvre un processus pour assurer la vérification de l'ensemble des postes au sein du foyer afin de veiller à ce que tous les membres du personnel soient en mesure d'exercer les compétences en matière de PCI requises dans le cadre de leurs fonctions, au moins une fois par trimestre. Le processus doit comprendre un calendrier documenté de vérification pour la surveillance par la personne responsable de la PCI ainsi qu'un registre intégral des vérifications trimestrielles effectuées pour chaque poste au sein du foyer en vue de garantir que tous les membres du personnel sont en mesure d'exercer les compétences en matière de PCI requises dans le cadre de leurs fonctions. Fournir les dossiers immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.
3. Le gestionnaire des services environnementaux et le superviseur des services environnementaux procéderont aux vérifications hebdomadaires de toutes les aires du foyer afin de s'assurer que les tâches d'entretien ménager ont été réalisées comme prévu pendant six semaines en l'absence d'éclosion.
4. Le gestionnaire des services environnementaux ou le superviseur des services environnementaux procédera aux vérifications quotidiennes de toutes les aires du

**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

foyer afin de s'assurer que les tâches d'entretien ménager ont été réalisées comme prévu en cas d'éclosion présumée ou confirmée. Ces vérifications doivent être réalisées dès l'apparition d'une éclosion présumée ou confirmée, puis chaque jour jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée.

5. Consigner l'ensemble des vérifications établies et en tenir un registre, conformément aux conditions n<sup>os</sup> 4 et 5 ainsi qu'à la section 7.3 de la Norme de PCI, en y indiquant le nom et le rôle du vérificateur, le nom et le rôle du membre du personnel faisant l'objet de la vérification, le nom et l'emplacement de l'aire du foyer, la date et l'heure de la vérification, toute conclusion de la vérification et toute mesure corrective prise si la tâche n'a pas été réalisée ou démontrée comme il se devait. Fournir les dossiers immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

6. Mettre à jour les politiques et procédures d'entretien ménager du foyer, y compris au moins les registres des tâches d'entretien ménager et les routines de travail d'entretien ménager, afin de préciser la fréquence requise des tâches de nettoyage et de désinfection en l'absence d'éclosion et en cas d'éclosion présumée ou confirmée, et veiller à ce que les membres du personnel d'entretien ménager reçoivent des directives claires sur les surfaces de contact à nettoyer et à désinfecter dans tout le foyer et dans les chambres des personnes résidentes, de même que sur les chambres à nettoyer et à désinfecter en cas d'éclosion confirmée, et sur la fréquence des tâches de nettoyage et de désinfection.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Plus particulièrement, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des vérifications soient

**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

régulièrement effectuées (au moins une fois tous les trimestres) pour vérifier que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, conformément à l'exigence supplémentaire 7.3 b) de la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée*, datée d'avril 2022 et révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

**Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur a procédé à une inspection obligatoire de la PCI, conformément à la liste de vérification en matière de PCI. L'examen des vérifications trimestrielles de la personne responsable de la PCI a confirmé que les vérifications n'avaient pas été réalisées pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, particulièrement en ce qui concerne les membres du personnel des services de buanderie et du programme d'activités récréatives.

La personne responsable de la PCI a confirmé qu'elle ne procédait pas à des vérifications trimestrielles pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, dans tous les services.

La personne responsable de la PCI a confirmé qu'elle avait transmis à l'équipe de gestion du foyer un modèle de vérification de la PCI pour que tous les gestionnaires de service procèdent à la vérification trimestrielle des membres de leur personnel afin de voir à ce qu'ils mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

La personne responsable de la PCI a confirmé qu'elle n'était pas certaine que les gestionnaires de service avaient tous mis en œuvre le processus de vérification 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

la PCI de leur personnel. Par la suite, elle a confirmé que les gestionnaires des services de buanderie et du programme d'activités récréatives n'avaient pas procédé à des vérifications de la PCI pour s'assurer que les membres du personnel des services de buanderie et du programme d'activités récréatives mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

Le fait de n'avoir pas veillé à ce que des vérifications soient réalisées au moins une fois tous les trimestres pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions a exposé les personnes résidentes et les membres du personnel à un risque accru de transmission de maladies.

**Sources :** Vérifications de la PCI du foyer et entretiens avec le personnel et la personne responsable de la PCI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles délivrés par le directeur à l'égard de la PCI. En particulier, il n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles délivrés par le directeur à l'égard de la PCI. Plus particulièrement, il n'a pas veillé à ce que des politiques et des procédures soient en place pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces dans le cadre d'une approche de stratification des risques, à ce que les surfaces soient nettoyées à la fréquence requise, et à ce qu'il y ait suffisamment de membres du personnel à chaque quart de travail pour effectuer le nettoyage et la désinfection des surfaces, conformément à l'exigence supplémentaire 5.6 de la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée*, datée d'avril 2022 et révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

**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

L'inspectrice ou l'inspecteur a procédé à une inspection obligatoire de la PCI, conformément à la liste de vérification en matière de PCI. Un membre du personnel d'entretien ménager a confirmé qu'il avait travaillé pendant trois jours consécutifs dans une section accessible aux résidents où la présence d'une éclosion avait été confirmée. Il a confirmé qu'il n'avait pas été accompagné dans l'aire touchée par l'éclosion en raison d'un manque de personnel. Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé que les membres du personnel d'entretien ménager étaient chargés de nettoyer en profondeur chaque jour pendant une éclosion les chambres de personnes résidentes qui leur avaient été assignées. Il a confirmé qu'il n'avait pas procédé deux fois par jour au nettoyage et à la désinfection des surfaces de contact dans toute l'aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes au cours de son quart de travail.

Le superviseur des services environnementaux a confirmé que, lors d'une éclosion, les membres du personnel d'entretien ménager accompagnés étaient tenus de procéder chaque jour à un nettoyage en profondeur de chambres de personnes résidentes qui leur sont assignées, comme le précise le registre des tâches d'entretien ménager du foyer (*Housekeeping Task Record*), puis d'exercer une surveillance dans les autres chambres. Le superviseur des services environnementaux a également confirmé qu'en cas d'éclosion confirmée et de manque de personnel, il était peu probable qu'un seul membre du personnel d'entretien ménager soit en mesure de procéder deux fois par jour au nettoyage et à la désinfection des surfaces de contact dans toute l'aire du foyer touchée par l'éclosion et dans les chambres des personnes résidentes en étant responsable de deux aires du foyer.

Le registre des tâches d'entretien ménager du foyer, dont le personnel d'entretien ménager se sert pendant une éclosion pour consigner les tâches 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 du Centre-Est**

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

ménager, n'indiquait pas la fréquence requise des tâches de nettoyage et de désinfection pour les surfaces de contact et les chambres des personnes résidentes. Le registre faisait uniquement mention de nettoyage et de désinfection quotidiens requis pour les chambres de personnes résidentes assignées au préalable. Le registre ne précisait pas les surfaces de contact précises qui devaient être nettoyées dans toute l'aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes.

La personne responsable de la PCI et le gestionnaire des services environnementaux ont confirmé que les politiques et les procédures d'entretien ménager du foyer, les tâches d'entretien ménager courantes et le registre des tâches d'entretien ménager n'indiquaient pas les surfaces de contact qui devaient être nettoyées et désinfectées dans toute l'aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes si le foyer était touché par une éclosion. Le gestionnaire des services environnementaux et la personne responsable de la PCI ont tous deux confirmé que les politiques et les procédures d'entretien ménager du foyer, les tâches d'entretien ménager courantes et le registre des tâches d'entretien ménager devaient être mis à jour pour inclure ces exigences.

L'examen de la politique du foyer en matière de fréquence du nettoyage a confirmé que la fréquence requise pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact dans une aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes lors d'une éclosion ou en l'absence d'éclosion n'y était pas indiquée. La politique faisait état d'une « matrice de stratification des risques » (*Risk Stratification Matrix*) et n'indiquait aucune légende permettant à l'utilisateur de déterminer la fréquence requise selon une notation et une analyse quantitative et qualitative.

Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé qu'il ne connaissait pas la politique du foyer en matière de fréquence du nettoyage et ses directives, et qu'il

**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

ne savait pas comment utiliser la « matrice de stratification des risques » indiquée pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces de contact et des chambres des personnes résidentes.

Le gestionnaire des services environnementaux et la personne responsable de la PCI ont confirmé que le processus de nettoyage et de désinfection des surfaces de contact lors d'une éclosion comprenait les interrupteurs de lampe des personnes résidentes et les poignées de portes des chambres et des toilettes, mais pas le nettoyage et la désinfection des sonnettes d'appel des personnes résidentes, des côtés de lit, des barres d'appui des toilettes ou de toute autre surface à l'intérieur des chambres des personnes résidentes.

La personne responsable de la PCI et le gestionnaire des services environnementaux ont confirmé que les politiques et les procédures du foyer n'englobaient pas de directives claires pour le personnel concernant la fréquence du nettoyage et de la désinfection requise pour les surfaces de contact et les chambres des personnes résidentes, autant en cas d'éclosion qu'en l'absence d'éclosion. La politique du foyer sur les responsabilités précises des services en cas d'éclosion et les activités d'entretien ménager courantes n'indiquaient pas la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces de contact et des chambres des personnes résidentes dans le cas d'une éclosion.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le registre des tâches d'entretien ménager du foyer avait été mis à jour et a transmis la version à jour aux inspecteurs. Un examen ultérieur de la version mise à jour du registre des tâches d'entretien ménager du foyer a confirmé que le registre englobait quelques exemples de surfaces de contact à nettoyer et à désinfecter deux fois par jour, mais qu'il ne comprenait pas le nettoyage et la désinfection des sonnettes d'appel 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

personnes résidentes, des côtés de lit ou de l'intérieur des toilettes des personnes résidentes.

Le fait de n'avoir pas veillé à ce que des politiques ou marches à suivre soient en place pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces dans le cadre d'une approche de stratification des risques, à ce que les surfaces de contact soient nettoyées à la fréquence requise et à ce qu'il y ait suffisamment de membres du personnel à chaque quart de travail pour assurer le nettoyage et la désinfection des surfaces a exposé les personnes résidentes à un risque accru de transmission de maladies et d'éclosion prolongée.

**Sources :** Liste de vérification de la PCI, politiques du foyer sur la PCI et sur les services d'entretien ménager et entretiens avec le personnel, le superviseur des services environnementaux, le gestionnaire des services environnementaux et la personne responsable de la PCI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 2025**

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)**

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA n° 002)**

**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 004**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, 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 une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – OC délivré le 14 novembre 2023 dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002.

Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Avis écrit délivré le 26 juillet 2023 dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0001

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.

**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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu 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 ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [] :**

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Le gestionnaire des services environnementaux et la personne responsable de la PCI collaboreront et élaboreront et donneront une formation en personne à tous les membres du personnel d'entretien ménager, y compris ceux ayant reçu une formation polyvalente pour exercer les tâches d'entretien ménager, qui comprendra au moins l'obligation de nettoyer deux fois par jour toutes les surfaces à fort contact (poignées et boutons de porte, interrupteurs de lampe, mains courantes, téléphones, boutons d'ascenseur, etc.), les aires de traitement, les salles à manger et les salons pendant les éclosions, de même que les procédures liées à cette exigence, notamment en ce qui concerne les heures de nettoyage, les surfaces et les chambres des personnes résidentes à nettoyer, les documents relatifs au nettoyage, le nom du produit désinfectant et le temps de contact, et la rupture 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

chaîne de transmission par contact à l'entrée des chambres des personnes résidentes.

2. Tenir un registre documenté de la formation sur la condition n° 1 qui comprend la date, le contenu, le nom du formateur (gestionnaire des services environnementaux ou personne responsable de la PCI) et sa signature, la liste intégrale des membres du personnel d'entretien ménager et des membres du personnel ayant reçu la formation polyvalente nécessaire pour exercer les tâches d'entretien ménager, et la signature des membres du personnel attestant qu'ils ont reçu et compris la formation. Transmettre immédiatement les registres à la demande de l'inspectrice ou l'inspecteur.

3. Le gestionnaire des services environnementaux ou le superviseur des services environnementaux procédera chaque semaine pendant six semaines aux vérifications de toutes les aires du foyer afin de s'assurer que les tâches d'entretien ménager ont été réalisées comme prévu en l'absence d'éclosion.

4. Si une éclosion est déclarée au foyer entre la date de signification du rapport du titulaire de permis et la date de la prochaine inspection de suivi, le gestionnaire des services environnementaux, le superviseur des services environnementaux, ou la personne responsable de la PCI procédera à des vérifications quotidiennes de l'ensemble des aires du foyer touchées par l'éclosion afin de déterminer la conformité à l'égard du nettoyage deux fois par jour de toutes les surfaces à fort contact (poignées de porte et boutons, interrupteurs, mains courantes, téléphones, boutons d'ascenseurs, etc.), des aires de traitement, des salles à manger et des salons, et de toute autre aire où des travaux de nettoyage et de désinfection s'imposent en raison de l'éclosion. Ces vérifications doivent être réalisées dès l'apparition d'une éclosion présumée ou confirmée, puis chaque jour jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée.

**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

5. Consigner toutes les vérifications quotidiennes et hebdomadaires, et en tenir un registre, conformément aux conditions n<sup>os</sup> 3 et 4, en y intégrant le nom du vérificateur et son rôle, le nom du membre du personnel faisant l'objet de la vérification et son rôle, le nom et l'emplacement de l'aire du foyer, la date et l'heure de la vérification, toute conclusion découlant de la vérification, et toute mesure corrective prise si la tâche n'a pas été réalisée comme prévu. Transmettre immédiatement les registres à la demande de l'inspectrice ou l'inspecteur.

6. Mettre à jour le registre des tâches d'entretien ménager du foyer afin de voir à ce que les membres du personnel d'entretien ménager reçoivent des directives claires sur ce qui doit être nettoyé et désinfecté lors du nettoyage des surfaces de contact et des chambres des personnes résidentes ainsi que sur la fréquence de ces tâches dans l'aire du foyer touchée par une éclosion. Mettre à jour le registre pour s'assurer qu'il comporte une section pour l'ensemble des tâches d'entretien ménager requises pendant une éclosion qui permettra aux membres du personnel de les consigner une fois qu'elles seront terminées.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et de 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*.

Plus particulièrement, la section 5.12, « Amélioration du nettoyage et de la désinfection de l'environnement » lors d'une éclosion de COVID-19 confirmée des *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif* du ministère de la Santé 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

l'Ontario, en vigueur depuis avril 2024, stipule que le nettoyage et la désinfection des éléments suivants doivent être effectués : les espaces communs au moins une fois par jour pour les surfaces à faible contact (étagères, rebords de fenêtres, tableaux blancs/messages); au moins deux fois par jour pour les surfaces à fort contact (poignées de porte/boutons, interrupteurs, mains courantes, téléphones, boutons d'ascenseur, etc.), les zones de traitement, les salles à manger et les salons; les surfaces visiblement sales doivent être nettoyées immédiatement; et les surfaces et les objets situés à proximité des populations vulnérables de clients/patients/résidents nécessitent un nettoyage et une désinfection plus fréquents que les surfaces situées à proximité des personnes moins vulnérables. De plus, les pratiques de nettoyage et de désinfection doivent être mises en œuvre deux fois par jour, au minimum.

**Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur a procédé à une inspection obligatoire de la PCI, conformément à la liste de vérification en matière de PCI. L'examen de la liste sommaire des cas d'éclosion de la personne responsable de la PCI a confirmé que le foyer avait déclaré une éclosion.

Le membre du personnel d'entretien ménager, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux ont confirmé que, lors d'une éclosion confirmée, un membre du personnel d'entretien ménager était affecté à chaque section accessible aux résidents et que le membre du personnel d'entretien ménager de l'étage devait être accompagné dans l'aire du foyer touchée par l'éclosion et qu'il était responsable des tâches d'entretien ménager uniquement dans cette aire. De plus, le superviseur des services environnementaux a confirmé que, lors d'une éclosion, les membres du personnel d'entretien ménager accompagnés étaient tenus de procéder chaque jour au

**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

nettoyage en profondeur de chambres de personnes résidentes qui leur avaient été assignées, puis de « surveiller » les autres chambres, ce qui ne comprenait pas de nettoyage en profondeur ni de nettoyage des surfaces de contact. Le superviseur des services environnementaux n'a pas été en mesure de confirmer si les membres du personnel d'entretien ménager étaient chargés de nettoyer et de désinfecter toutes les chambres des personnes résidentes situées dans une aire touchée par une éclosion.

Le membre du personnel d'entretien ménager, le superviseur des services environnementaux, et les responsables des horaires ont confirmé que pendant trois jours consécutifs, deux sections accessibles aux résidents étaient touchées par une éclosion confirmée et que ces sections accessibles aux résidents étaient touchées par un manque de personnel d'entretien ménager que le foyer n'avait pas été en mesure de combler.

Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé qu'il avait pendant ces trois journées consécutives lors de l'éclosion. Il a confirmé qu'il n'était pas accompagné dans l'aire du foyer touchée par l'éclosion et qu'il avait donc été chargé de réaliser deux fois par jour toutes les tâches d'entretien ménager dans les deux aires du foyer des deux étages, y compris le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact dans toute l'aire du foyer et dans les chambres des personnes résidentes.

Le membre du personnel d'entretien ménager et le superviseur des services environnementaux ont confirmé que les membres du personnel d'entretien ménager devaient consigner les tâches, une fois qu'ils les avaient terminées, dans le registre des tâches d'entretien ménager du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Le registre des tâches d'entretien ménager du foyer pour une section accessible aux résidents pour une période de 12 jours démontrait l'absence de documentation pour les tâches d'entretien requises comme suit : premier et deuxième nettoyages des surfaces de contact pour une journée, premier et deuxième nettoyages des surfaces de contact, nettoyage supplémentaire des surfaces de contact des tables et des chaises de la salle à manger, des alcôves, des salles d'activités et de chambres de personnes résidentes préalablement assignées pour deux journées.

Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé qu'il manquait de la documentation parce qu'il n'avait pas effectué les tâches d'entretien ménager requises lors de ses quarts de travail pendant trois journées consécutives. Il a confirmé qu'il n'avait pas été en mesure d'effectuer les tâches d'entretien ménager requises en raison d'un manque de personnel et que la personne responsable du nettoyage des surfaces de contact en poste n'avait pas été réaffectée.

Le superviseur des services environnementaux a confirmé qu'en cas d'écllosion confirmée et de manque de personnel, il était peu probable qu'un seul membre du personnel d'entretien ménager soit en mesure de procéder deux fois par jour au nettoyage et à la désinfection des surfaces de contact dans toute l'aire du foyer touchée par l'écllosion et dans les chambres de personnes résidentes qui lui sont assignées, en étant responsable de deux aires du foyer.

Les responsables des horaires, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux ont tous confirmé que d'autres membres du personnel d'entretien ménager étaient en poste pendant trois journées consécutives lors de l'écllosion et qu'ils auraient dû être réaffectés pour combler les manques de personnel d'entretien ménager, mais ne l'avaient pas été.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

Le fait de ne pas avoir veillé, lors d'une éclosion de maladie confirmée, à ce que les pratiques de nettoyage et de désinfection soient exercées au moins deux fois par jour, conformément aux *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*, a exposé les personnes résidentes à un risque accru de transmission de maladies et d'éclosion pendant une période prolongée.

**Sources :** Section 5.12, « Amélioration du nettoyage et de la désinfection de l'environnement » lors d'une éclosion de COVID-19 confirmée, des *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*, liste sommaire des cas d'éclosion de la personne responsable de la PCI, registre des tâches d'entretien ménager en cas d'éclosion et entretiens avec le personnel, le superviseur des services environnementaux et le gestionnaire des services environnementaux.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 2025**

**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*.

**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

Alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Préparation alimentaire, équipement de restauration collective – Ordre de conformité n° 009 du rapport d'inspection n° 2024\_1544\_0001 – Date d'échéance de mise en conformité : 5 juillet 2024.

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 (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 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 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).