

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 juin 2024

Numéro d'inspection : 2024-1228-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Harold and Grace Baker Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Harold and Grace Baker Centre, Toronto

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Rajwinder Sehgal (741673)

**Signature numérique de
l'inspectrice/Signature numérique de
l'inspecteur**

Rajwinder Signature numérique
de
Sehgal Rajwinder Sehgal
Date : 2024.07.02
14:54:48 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Goldie Acai (741521)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 27 au 30 mai 2024 et du 3 au 7 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00117184 – inspection proactive de 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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

- Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
- Prévention et de contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Amélioration constante de la qualité (Quality Improvement)
- Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice était satisfaite que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Non-conformité n° 001 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 351(2)1.

Protection de la vie privée dans les rapports

351(2) Si un rapport d'inspection visé à l'alinéa (1) a), c) ou d) contient des renseignements personnels ou des renseignements personnels sur la santé, seuls les renseignements suivants sont affichés, remis ou publiés, selon le cas :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

1. S'il y a constatation de non-conformité, une version du rapport qui a été modifiée par un inspecteur de façon à ne fournir que la constatation et un résumé de la preuve à l'appui.

Bien qu'un rapport d'inspection mentionné à l'alinéa 35(1)a), c) ou d) du Règl. de l'Ont. 246/22, contienne des renseignements personnels ou des renseignements personnels sur la santé, le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que seule une version publique du rapport qui avait été modifiée par un inspecteur soit affichée.

Justification et résumé

Dans deux ailes du foyer, une copie du rapport original du titulaire du permis non modifiée par un inspecteur avait été affichée dans un espace public. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les rapports affichés contenaient des renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes, d'où le risque d'atteinte à la protection de la vie privée desdites personnes.

Le foyer a remplacé la version du rapport initial du titulaire du permis par le rapport public initial.

Le manquement à publier une version du rapport modifiée par un inspecteur a augmenté le risque de violation de la vie privée des personnes résidentes.

Sources : Constatation de visu du rapport initial du titulaire du permis affiché dans deux ailes du foyer; et entretien avec le DSI.

[741521]

Date de mise en œuvre de la rectification : 27 mai 2024

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6(10)b)

Programme de soins

6(10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit examiné et révisé alors que ses besoins en matière de soins avaient évolué.

Justification et résumé

Lors d'une observation, deux membres du personnel ont utilisé un dispositif pour transporter la personne résidente jusqu'à un siège de douche. L'examen du volet concernant le bain dans le programme de soins spécifique à la personne résidente indique l'utilisation d'un autre dispositif pour le transport assuré par deux membres du personnel. Un examen plus approfondi du dossier clinique de la personne résidente a révélé que celle-ci avait fait l'objet d'une évaluation par le physiothérapeute qui avait recommandé l'utilisation du premier dispositif.

Selon l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), la personne résidente préférait les douches et que le personnel utilisait un dispositif particulier pour tous les transports. Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a reconnu que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes pour se faire transporter à l'aide du dispositif recommandé par le physiothérapeute et que son programme de soins n'avait pas été mis à jour après l'évaluation par le physiothérapeute.

Le manquement à mettre à jour le programme de soins en ce qui concerne le transport de la personne résidente exposait celle-ci à un risque de blessure.

Sources : Examen du dossier clinique du résident; entretien avec l'IAA et le DASI. [741673]

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 12(1)3.

Portes dans le foyer

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.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Justification et résumé

(i) On a constaté que la porte d'une salle de stockage était déverrouillée. La salle en question contenait des culottes et autres fournitures utilisées pour les soins aux personnes résidentes, ainsi qu'un grand seau contenant des matériaux inflammables. L'IAA a reconnu que la porte donnant sur l'aire non résidentielle aurait dû être verrouillée lorsqu'elle n'était pas surveillée par le personnel.

(ii) Les serrures des portes d'une lingerie et des toilettes pour employées étant endommagées, les portes restaient déverrouillées et accessibles aux personnes résidentes. L'IAA a déclaré qu'après avoir pris connaissance de cette situation, une demande avait été adressée l'après-midi même au Service de l'entretien pour réparer les deux serrures.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de serrures pour restreindre l'accès sans surveillance augmentait le risque de blessure des résidents.

Sources : Observation de la salle de stockage, de la lingerie et des toilettes des employées à l'intérieur du foyer; entretien avec l'IAA.

[741521]

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 19

Fenêtres

19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire ne s'est pas assuré que chaque fenêtre du foyer qui donne sur l'extérieur et est accessible par les résidents ne peut pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Justification et résumé

Au cours d'une observation menée avec le directeur des services environnementaux (DSE), on a remarqué que l'ouverture des fenêtres dans les chambres de deux résidents mesurait environ 28 cm.

Lors d'un entretien, le DSE a déclaré que la fenêtre de l'une des chambres faisait l'objet de réparations par le personnel d'entretien pour des dommages causés par un incident, la veille. La fenêtre de l'autre chambre avait été récemment nettoyée, mais le personnel d'entretien avait oublié d'installer le loquet de sécurité qui maintient la fenêtre en place. Le DSE a reconnu que les deux fenêtres ne devraient pas s'ouvrir de plus de 15 cm et que, le cas échéant, il y avait un risque pour les résidents.

Le fait de ne pas veiller à ce que les fenêtres donnant sur l'extérieur et accessibles aux résidents ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 cm augmentait le risque de fugue et de blessure des résidents.

Sources : Observation des chambres des résidents; entretien avec le DSE.
[741673]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 29(3)11.

Programme de soins

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

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de deux résidents s'appuie sur une évaluation interdisciplinaire des risques saisonniers associés aux maladies liées à la chaleur, y compris les mesures de protection exigées pour prévenir ou atténuer ces maladies.

Justification et résumé

L'examen du programme de soins des deux personnes résidentes a révélé que l'évaluation des risques de chaleur n'avait pas été effectuée pour l'année 2024 et que leurs programmes de soins ne tenaient pas compte des maladies saisonnières liées à la chaleur.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Selon la politique du foyer en matière de maladies liées à la chaleur, une évaluation des risques liés à la chaleur doit être effectuée chaque année, entre le 1^{er} mars et le 30 avril pour tous les résidents, pour déterminer les risques saisonniers de maladies liées à la chaleur. Le programme de soins devait être mis au point en fonction du niveau de risque.

L'IAA et le DASI ont tous deux reconnu que l'évaluation des risques liés à la chaleur n'avait pas été effectuée pour deux personnes résidentes. Le DASI a reconnu que ladite évaluation doit être effectuée chaque année pour tous les résidents et que leur programme de soins doit s'appuyer sur cette évaluation.

L'omission de vérifier si le programme de soins comprenait une évaluation des risques de maladies liées à la chaleur pour les résidents exposait ces derniers à des maladies liées à la chaleur.

Sources : Examen du dossier clinique des deux personnes résidentes et de la politique du foyer en matière de maladies liées à la chaleur n° CARE10-O10.09 (dernière révision en date du 31 mars 2024); et entretiens avec l'IAA et le DASI.

[741673]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 79(1)5.

Service de restauration et de collation

79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les aliments et les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Justification et résumé

On a observé l'aide-diététicienne pendant qu'elle préparait les plateaux-repas des résidents pour le service du dîner. L'inspectrice lui a demandé de fournir une fiche d'inscription de la température des aliments, mais on il a été noté que la température d'aucun aliment n'avait été inscrite pour le dîner. L'aide-diététicienne a confirmé plus tard qu'elle était au courant du processus de vérification de la température des aliments, mais qu'elle avait oublié de l'inscrire pour le repas du midi.

Selon la politique du foyer en matière de liste de contrôle de la température des aliments, le cuisinier/travailleur du service alimentaire doit inscrire la température des articles au menu pour tous les types et textures de régime au point de service ou sur la table à vapeur, et

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

immédiatement après avoir pris la température, dans le relevé quotidien de la température des repas/le logiciel de menu.

Le directeur des services de diététique (DSD) et le gestionnaire de l'alimentation (GA) ont tous deux indiqué que, pendant les services de repas, les aides-diététiciens sont responsables de prendre et d'inscrire la température des aliments au début du service et ont reconnu que la température d'aucun aliment du dîner n'avait été prise ou inscrite avant de servir ce repas.

L'omission de vérifier si la température des aliments était inscrite et consignée par le personnel du service d'alimentation juste avant de servir les repas augmentait le risque que les aliments ne soient pas servis à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Sources : Observation du service de repas du midi; examen de la politique du foyer, en matière de liste de contrôle de la température des aliments n° 17-020.02 (dernière révision en date du 30 avril 2023), registres de la température des aliments; et entretiens avec l'aide-diététicienne, le DSD et le GA.

(741673)

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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 du permis n'a pas veillé au respect des normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à l'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (dernière révision en septembre 2023), le titulaire du permis doit s'assurer que les pratiques habituelles et les précautions supplémentaires ont été suivies dans le programme de PCI. À tout le moins, les pratiques habituelles minimales doivent inclure l'utilisation correcte des EPI, y compris une sélection appropriée.

Justification et résumé

On a observé une aide-diététicienne dans la salle à manger d'une unité d'éclosion, en train de servir le petit-déjeuner aux résidents sans porter d'écran facial.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le responsable du programme de PCI a reconnu que tout le personnel travaillant dans une unité d'éclosion doit porter un écran facial, conformément aux lignes directrices du ministère de la Santé.

L'omission par le personnel de porter un écran facial augmente le risque de transmission de l'infection pendant une éclosion.

Sources : Observation de l'aide-diététicienne; et entretien avec le responsable du programme de PCI. [741521]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 115(1)5.

Rapports : incidents graves

115(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents au foyer, et à faire suivre le rapport exigé dans le cas de l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé

(i) Le 5 février 2024, une éclosion de grippe A a été déclarée par le Bureau de santé de Toronto. Le DSI a confirmé qu'il aurait dû informer le directeur le jour même; toutefois, le foyer a déclaré l'incident critique (IC) le lendemain.

(ii) Le 30 mars 2024, une éclosion de maladies entériques a été déclarée par le Bureau de santé de Toronto.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le foyer n'a pas immédiatement informé le directeur de l'éclosion; un IC n'a été soumis que le 1^{er} avril 2024. Le DSI a déclaré que l'éclosion aurait dû être signalée le jour où elle a été déclarée en utilisant la ligne d'action après les heures de travail.

Le défaut d'informer immédiatement le directeur d'une éclosion pourrait retarder le suivi et limiter les interventions nécessaires pour gérer les préoccupations importantes.

Sources : Examen des IC sur Itchomes.net et des courriels du Bureau de santé de Toronto; et entretien avec le DSI.

[741521]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 166(2)7.

Comité d'amélioration constante de la qualité

166(2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité d'un foyer comprenne un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Justification et résumé

Le DSI a confirmé que le foyer de soins de longue durée (FSLD) avait formé un comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) qui se réunissait tous les trois mois. Il a déclaré que ce comité ne comprenait pas un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

L'omission d'inclure au moins un employé du titulaire du permis qui fait partie du personnel infirmier permanent a une incidence sur la participation du personnel de première ligne aux efforts visant à améliorer les soins et les services.

Sources : Examen des rapports trimestriels de l'ACQ; et entretien avec le DSI. [741521]

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la
LRS LD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 166(2)8.

Comité d'amélioration constante de la qualité

166(2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les
personnes suivantes :

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux
services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux
qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité
du foyer comprenne un préposé aux services de soutien personnel (PSSP) employé par le
foyer.

Justification et résumé

Le DSI a confirmé que le FSLD avait formé un comité d'ACQ établi qui se réunissait tous les
trois mois. Il a confirmé que le comité d'CQI du foyer ne comprenait pas un PSSP employé
par le foyer.

L'omission d'inclure un PSSP employé par le foyer a des conséquences sur la participation
du personnel de première ligne aux efforts visant à améliorer les soins et les services.

Sources : Examen des rapports trimestriels de l'ACQ; et entretien avec le DSI. [741521]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la
LRS LD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 166(2)9.

Comité d'amélioration constante de la qualité

166(2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les
personnes suivantes :

9. Un membre du conseil des résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la
qualité du foyer comprenne au moins un membre du conseil des résidents.

Justification et résumé

Le DSI a confirmé que le FSLD avait formé un comité d'ACQ qui se réunissait tous les

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

trois mois. Selon lui, au moins un membre du conseil des résidents n'a pas été inclus en tant que membre du comité d'ACQ pour la réunion.

Le défaut d'inclure au moins un membre du conseil des résidents du foyer a des conséquences sur la participation des parties prenantes aux efforts visant à améliorer les soins et les services.

Sources : Examen du rapport trimestriel de l'ACQ; et entretien avec le DSI. [741521]

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

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

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 272

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer le respect de toutes les 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 précisément, conformément à la section 3.1 des « Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif » (datées d'avril 2024), les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doivent pas être périmés.

Justification et résumé

Lors d'une observation, deux unités de 700 millilitres (ml) de DMBA se trouvant dans l'une des salles des concierges, et six unités supplémentaires du même produit ont été trouvées dans la salle de stockage du sous-sol, avec une date de péremption de mars 2024. Le DSE a confirmé que toutes les unités de DMBA dans les dispositifs distributeurs dans les chambres des résidents du foyer étaient périmées.

Le DSI et le responsable du programme de PCI ont tous deux confirmé que le personnel n'aurait pas

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

dû utiliser les produits de DMBA périmés. Ils ont affirmé que l'efficacité totale du DMBA périmé peut être compromise pour l'élimination des bactéries à cause de l'évaporation possible de l'alcool qu'il renferme. Le DSI et le responsable du programme de PCI ont tous deux confirmé que l'utilisation de DMBA périmé augmentait le risque de transmission de maladies.

L'omission de vérifier si les produits de DMBA utilisés dans les chambres des résidents étaient périmés augmente le risque de propagation d'infections dans le foyer.

Sources : Observations; examen du dossier des « Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif » (datées d'avril 2024) et entretiens avec le DSI, le DSE et le responsable du programme de PCI.

[741521]