

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié Page couverture (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 10 septembre 2024	
Date d'émission du rapport initial : 28 août 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1563-0003 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Municipalité régionale de Durham	
Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeview Manor, Beaverton	
Modifié par :	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié.
Les ordres de conformité n° 002 et n° 003 ont été révisés afin de fournir une orientation claire et de prolonger le délai de conformité, comme l'a demandé le titulaire de permis.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié (M1)

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport initial : 28 août 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1563-0003 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Municipalité régionale de Durham	
Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeview Manor, Beaverton	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Autres inspectrices ou inspecteurs
Modifié par :	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié.
Les ordres de conformité n° 002 et n° 003 ont été révisés afin de fournir une orientation claire et de prolonger le délai de conformité, comme l'a demandé le titulaire de permis.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 19, du 22 au 26 et les 29 et 30 juillet 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00101363 – Suivi n° 1 – Paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) – liée au programme de soins, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 19 janvier 2024.
- Demande n° 00105126 – liée à une éclosion entérique.
- Demande n° 00106472 – liée à des problèmes d'erreur de médication, de mauvais traitements/négligence, de documentation incorrecte, de politiques.
- Demande n° 00108076 – liée à des infections respiratoires aiguës – éclosion de COVID-19.
- Demande n° 00116100 – liée à des problèmes de planification des menus, de production alimentaire, de représailles.
- Demande n° 00117519 – liée à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une personne résidente par une autre personne résidente.
- Demande n° 00118149 – liée à des allégations de mauvais traitements d'ordre affectif envers une personne résidente de la part du personnel.
- Demande n° 00119221 – liée à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel ou affectif envers une personne résidente par une autre personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1563-0003 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021), inspecté par Nicole Jarvis (741831)

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre affectif par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Le Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre affectif comme des gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre affectif à l'égard d'une personne résidente. Le membre de la famille de la personne résidente a contacté le foyer de soins de longue durée et a laissé un message vocal pour faire part de ses préoccupations concernant deux membres du personnel qui ont parlé grossièrement à la personne résidente et l'ont fait pleurer. Il a été allégué que pendant les heures de déjeuner, la personne résidente a utilisé la sonnette d'appel pour demander de l'aide et que les PSSP n° 106 et no 107 ont répondu sur un ton grossier lorsqu'elles fournissaient les soins du matin. La personne résidente s'est sentie mal à l'aise après l'interaction et a exprimé un sentiment de tristesse.

L'entretien avec un coordonnateur des soins aux résidents a confirmé que des mauvais traitements d'ordre affectif avaient été constatés lorsque le foyer de soins de longue durée a mené son enquête. Les PSSP n° 107 et n° 106 ont suivi cette année leur formation annuelle sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le fait de ne pas avoir protégé la personne résidente d'un préjudice émotionnel a provoqué une détresse émotionnelle chez cette dernière.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'enquête et entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents n° 100.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une autre personne résidente.

Le Règl. de l'Ont. définit les mauvais traitements d'ordre sexuel comme tout attouchement, comportement ou remarque de nature sexuelle non consensuels ou toute exploitation sexuelle à l'égard d'une personne résidente par une personne autre qu'un titulaire de permis ou qu'un membre du personnel.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a trouvé la personne résidente.

Les notes d'enquête du foyer de soins de longue durée indiquaient que des mauvais traitements avaient été commis. La police a été informée de l'incident. La personne résidente n° 019 a subi un impact modéré de l'incident, car son dossier clinique indique qu'elle était émotive.

La politique du foyer ADM-01-03-05 sur la prévention, les rapports et les enquêtes en matière de mauvais traitements et de négligence, révisée en décembre 2003, stipule que la division de soins de longue durée et de soins aux aînés s'engage à ne tolérer aucune forme de mauvais traitements ou de négligence à l'égard des résidents. La politique définit en partie les mauvais traitements comme toute action ou inaction dont la personne savait ou aurait dû savoir qu'elle pouvait causer un préjudice physique ou émotionnel à la santé, à la sécurité ou au bien-être des résidents.

Lors d'un entretien avec l'infirmière praticienne et le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), ce dernier a reconnu

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

que tout le personnel avait été formé à la politique du foyer de soins de longue durée en matière de mauvais traitements et de négligence et qu'une enquête sur l'incident avait permis de conclure à l'existence de mauvais traitements.

Le fait de ne pas avoir protégé la personne résidente d'un préjudice a provoqué une détresse émotionnelle chez cette dernière.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique ADM-01-03-05 sur la prévention, les rapports et les enquêtes en matière de mauvais traitements et de négligence (révisée en décembre 2023), et entretien avec l'infirmière praticienne / le responsable du Projet OSTC

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des raisons valables de soupçonner que des mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

cette personne, signale immédiatement au directeur ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Justification et résumé

Le directeur a été saisi d'un problème concernant les interactions d'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) avec une personne résidente. Il a été signalé que l'IAA ignorait intentionnellement une personne résidente ou l'évitait, et qu'elle refusait notamment de lui donner les médicaments prévus. Il était indiqué que l'infirmière auxiliaire avait été observée en train de maltraiter la personne résidente sur le plan affectif. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il n'avait pas signalé au titulaire de permis les mauvais traitements d'ordre affectif dont il avait été témoin, par crainte de représailles. Il était indiqué que la personne résidente avait été encouragée à faire part de ses préoccupations, puisqu'elle était capable de le faire.

La directrice des soins a confirmé lors d'un entretien que la personne résidente s'était adressée à elle pour lui faire part de ses inquiétudes concernant l'IAA. La personne résidente a demandé à la directrice des soins pourquoi l'IAA ne lui donnait pas de médicaments et s'est demandé si quelque chose n'allait pas. La directrice des soins a indiqué que c'était à cause d'incidents passés avec la personne résidente, dont cette dernière a dit ne pas être au courant.

La directrice des soins a indiqué qu'avec le recul, il s'agissait d'un problème à signaler au directeur en cas d'allégation ou de suspicion de mauvais traitements d'ordre affectif.

La personne résidente a confirmé les interactions qui ont été signalées au directeur. Elle a fait part des effets négatifs qu'elle a subis. Les dossiers de la personne résidente indiquent que lorsque l'IAA travaille, c'est une autre infirmière qui lui

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

donne ses médicaments. La personne résidente a indiqué que l'IAA lui fournissait depuis des médicaments et que leur relation s'était améliorée, mais qu'elle ne se sentait pas à l'aise pour lui faire part d'autres besoins en soins infirmiers.

Le titulaire de permis n'a pas enquêté sur les préoccupations exprimées par la personne résidente.

En ne veillant pas à ce que les mauvais traitements d'ordre affectif présumés ou soupçonnés soient immédiatement signalés au directeur, la personne résidente risquait d'être continuellement victime de tels mauvais traitements.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec l'auteur de la plainte, la directrice des soins et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

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

Système de communication bilatérale

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel facile à voir, facile d'accès, et facile à utiliser en tout temps pour les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Des observations ont été faites dans la partie commune du premier étage. Le bouton-poussoir du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel était difficile à voir et à atteindre, car il se trouvait sous un téléviseur mural, et un piano était devant le système de communication bilatérale.

L'inspectrice ou l'inspecteur l'a porté à l'attention de la directrice des soins le premier jour de l'inspection.

Le foyer de soins de longue durée a fait basculer la télévision sur la charnière pour que la sonnette d'appel soit visible.

Lors d'un entretien, l'administratrice a reconnu que le piano pouvait empêcher certaines personnes d'accéder au système de communication bilatérale.

En ne veillant pas à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel facilement accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs à tout moment, le foyer a mis les personnes en danger si elles n'étaient pas en mesure d'appeler à l'aide.

Sources : Observations et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente manifestait des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, y compris des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réponses de la personne résidente à ces interventions soient consignées par écrit.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel a été soumis au directeur. La personne résidente n° 017 a été abusée sexuellement par la personne résidente n° 016 à plusieurs reprises au cours de la même journée. Le premier incident s'est produit alors que les deux résidents se trouvaient dans la salle à manger. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 110 a été témoin de l'incident. Juste après l'incident, un autre incident d'attouchements non consentis s'est produit pour la deuxième fois. Le troisième incident s'est produit dans la soirée, dont a été témoin la PSSP n° 113. Les deux résidents ont été séparés après l'incident.

Selon la politique du foyer de soins de longue durée, le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, section 4.1, le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs de chaque foyer comprendra ce qui suit :

A. Un processus interdisciplinaire de dépistage et d'évaluation utilisant le Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set (RAI-MDS) et le Soutien en cas 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS) en conjonction avec d'autres évaluations fondées sur des données probantes, comme le cadre d'évaluation des capacités physiques, intellectuelles, émotionnelles et sociales (P.I.E.C.E.S).

Un examen des dossiers a été effectué et aucun contrôle du Système d'observation de la démence (DOS) n'a été effectué et aucune référence n'a été envoyée à Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) après l'incident.

L'entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) de Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a indiqué qu'elle n'était pas présente au moment de l'incident. Le foyer de soins de longue durée n'avait pas de remplaçant pour le personnel à temps plein du Projet OSTC. L'IAA du Projet OSTC a indiqué qu'elle n'avait pas reçu d'orientation après l'incident et a reconnu qu'un suivi du Système d'observation de la démence (DOS) aurait dû être mis en place.

L'infirmière praticienne / le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a indiqué qu'après l'incident, le personnel autorisé aurait dû effectuer une évaluation comportementale, une échelle de rendement cognitif, une méthode d'évaluation (RAI), un outil d'évaluation du comportement (BAT), un DOS et une orientation vers le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

En ne réagissant pas efficacement au comportement réactif de la personne résidente, cette dernière a souffert d'une détresse émotionnelle supplémentaire.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Entretien avec l'IAA du Projet OSTC, le responsable du Projet OSTC, examen des dossiers, programme de prévention et de gestion des comportements réactifs.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce que la température des aliments et des liquides servis aux résidents soit maintenue à une température sûre et agréable au goût.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des aliments et la planification des menus. Au cours des observations, il a été noté que, dans quatre unités différentes, le personnel manquait de cohérence dans le stockage des produits laitiers pendant le service des collations.

- OLD MILL – Le lait se trouvait sur le chariot des collations, à température ambiante.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- BEAVER RIVER – La crème se trouvait sur le chariot des collations, dans des cartons de produits placés dans des supports métalliques munis de poignées, et le lait se trouvait sur le chariot des aliments à température ambiante.
- HUMMINGBIRD CIRCLE – Le lait se trouvait sur un chariot des collations à température ambiante, pas de porte-crème en métal.
- BLUE HERON – Le lait se trouvait sur le chariot des collations, à température ambiante, et les cartons de crème ou de lait ne se trouvaient pas dans des supports métalliques.

Lors d'une observation au cours du dîner, l'inspectrice ou l'inspecteur a examiné le rapport de température du 17 juillet 2024 et a noté qu'il n'y avait pas d'enregistrement de température pour la salade ordinaire et la salade en purée. Un employé des services alimentaires a indiqué qu'on lui avait dit qu'il n'était pas nécessaire de prendre la température de la salade.

Le chef des services alimentaires a reconnu que pour les collations, le lait devait être conservé dans un récipient noir glacé et la crème dans un Cambro argenté pour conserver les températures froides. En outre, il a reconnu que le personnel devrait prendre la température de tous les aliments, y compris de la salade.

Le fait de ne pas veiller à ce que les températures des aliments et des liquides servis aux résidents soient sûres et agréables au goût augmente le risque de maladies d'origine alimentaire.

Sources : Observations, entretiens avec le chef des services alimentaires, l'employé des services alimentaires, examen des dossiers relatifs à la politique de contrôle de la température des denrées alimentaires.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Justification et résumé

Les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) ont été observées tout au long de l'inspection.

Dans une salle de bains publique du foyer, on a observé un contenant de crème à base de zinc et des dispositifs de collecte d'urine posés sur une étagère à côté de la toilette. Il n'y avait pas d'étiquettes sur les articles.

Plusieurs produits d'incontinence ont été observés sur la rampe à l'extérieur des chambres de la personne résidente.

Des affiches indiquant que des mesures de contrôle renforcées de la PCI ont été placées à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente, indiquant les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

précautions à prendre en cas de contact. Aucun équipement de protection individuelle n'était disponible avec l'affichage.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents / (responsable de la PCI de remplacement), celui-ci a indiqué que les articles des résidents n'étaient pas stockés dans les salles de bains communes, que les produits d'incontinence sur la rampe du couloir n'étaient pas adaptés à la dignité des résidents et à la lutte contre l'infection.

Le coordonnateur des soins aux résidents / (responsable de la PCI de remplacement) a confirmé que la chambre de la personne résidente observée n'était pas en isolement et que l'affichage n'avait pas été enlevé lorsque les précautions renforcées ont été supprimées.

En ne veillant pas à ce que l'ensemble du personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections, les résidents étaient exposés à des risques de maladies infectieuses.

Sources : Observations dans les sections accessibles aux personnes résidentes, entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents / (le responsable de la PCI de remplacement).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 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

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion 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 de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé de l'écllosion 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

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique (RIC) le 27 décembre 2024. Le rapport d'incident indiquait que le foyer de soins de longue durée avait été déclaré en situation d'épidémie de maladies entériques – norovirus le 26 décembre 2024.

Le coordonnateur des soins aux résidents (le responsable de la PCI de remplacement) a indiqué que le fait que l'épidémie déclarée n'ait pas été immédiatement signalée au directeur était peut-être un oubli à ce moment-là. La directrice des soins a indiqué qu'il incombait au responsable de la PCI de signaler l'épidémie au directeur, mais que tous les gestionnaires étaient en mesure de soumettre des rapports au directeur.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé de l'épidémie déclarée dans le foyer de soins de longue durée n'a pas causé de préjudice direct aux résidents.

Sources : Rapport d'incident critique et entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents (le responsable de la PCI de remplacement) et la directrice des soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

Non-respect : de l'alinéa 147 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :
a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à la médication d'une personne résidente soit documenté, de même que les mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé de cette personne.

Justification et résumé

Une préoccupation a été soulevée concernant un incident lié à la médication.

L'infirmière de l'équipe de nuit a administré à une personne résidente une dose prévue de médicament contre la douleur à 6 h.

Le responsable clinique de la gestion des médicaments a indiqué que l'infirmière auxiliaire autorisée de l'équipe de jour avait administré à une personne résidente une dose de médicament contre la douleur à 8 h, sans l'ordonnance d'un médecin. 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

a indiqué que le personnel avait administré le médicament avant d'avoir examiné l'ordonnance ou le registre électronique d'administration des médicaments (RAME).

Le rapport d'incident lié à la prise d'un médicament a été rempli le jour suivant. Un examen du dossier clinique a été effectué, mais rien n'indique que des mesures immédiates aient été prises pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente le jour de l'incident. Le lendemain, le rapport d'incident indiquait que le médecin avait été appelé et qu'aucune surveillance n'était nécessaire.

En ne veillant pas à ce qu'un incident lié à la prise de médicaments par une personne résidente soit documenté, ainsi que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver la santé de cette personne, on l'a exposée à un risque de réaction indésirable non signalée.

Sources : Rapport d'incident lié à un médicament, dossier médical de la personne résidente et entretien avec le responsable clinique de la gestion des médicaments.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Système de communication bilatérale

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 20 e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e 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 [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)]:

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- 1) Vérifier tous les systèmes de communication bilatérale pour s'assurer qu'ils sont visibles et accessibles dans les lieux prévus pour les résidents. Conserver une trace écrite des vérifications effectuées et la mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui en fait la demande.
- 2) Installer un système de communication bilatérale au bout de tous les couloirs de la section accessible aux personnes résidentes.
- 3) Mettre en œuvre une solution temporaire immédiate pour que les résidents, le personnel et les visiteurs puissent alerter le personnel en cas de besoin. Cette solution temporaire sera utilisée jusqu'à ce que la condition 2 soit respectée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, disponible dans toutes les sections accessibles aux personnes résidentes.

Justification et résumé

Des observations ont été faites dans l'ensemble du foyer au cours des inspections.

Dans chaque section accessible aux personnes résidentes, au bout des couloirs, il y a des salles de repos et d'activités. Un coordonnateur des soins aux résidents 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

indiqué que ces lieux étaient à la disposition des résidents et de leur famille. Il a également indiqué que l'endroit était utilisé pour les activités des résidents.

L'administratrice a reconnu que le système de communication bilatérale devrait être disponible dans les chambres des résidents, les salles de bains, les baignoires et les douches, ainsi que dans l'ensemble de la maison de soins de longue durée, dans les zones réservées aux résidents.

En ne veillant pas à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans toutes les sections accessibles aux personnes résidentes, ces dernières risquaient de subir des préjudices si elles n'étaient pas en mesure d'appeler à l'aide en cas de besoin.

Sources : Observations, entretiens avec un coordonnateur des soins aux résidents et l'administratrice.

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

29 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Comportements réactifs

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'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

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^e 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 [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1) Créer un processus selon lequel, lorsque l'IAA du Projet OSTC est absente, le foyer de soins de longue durée désigne un membre du personnel autorisé qui sera responsable de la mise en œuvre de toutes les évaluations requises et qui réagira conformément à la politique et aux procédures du titulaire de permis lorsqu'un incident lié à un comportement réactif se produit.

a) Former le personnel autorisé à la procédure, tenir un registre de formation et le fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur sur demande.

2) Assurer la formation de l'ensemble du personnel autorisé en ce qui concerne :

a) la gestion du comportement, en particulier les stratégies et les interventions visant à gérer les comportements réactifs;

b) en déterminant les éléments déclencheurs et en les actualisant dans le programme de soins écrit pour toute personne résidente qui présente des comportements réactifs.

a) Veiller à ce que ce processus soit inclus dans le plan de dotation en personnel du foyer. Former ensuite le personnel autorisé à la procédure, tenir un registre de formation et le fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur sur demande.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 3) Assurer la formation de l'ensemble du personnel autorisé en ce qui concerne :
- a) les stratégies et les interventions visant à gérer les comportements réactifs;
 - b) en déterminant les éléments déclencheurs et en les actualisant dans le programme de soins écrit pour toute personne résidente qui présente des comportements réactifs.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel a été soumis au directeur. La personne résidente n° 017 a été abusée sexuellement par la personne résidente n° 016 à plusieurs reprises au cours de la même journée. Les deux résidents ont été séparés après incident.

Lors de l'examen du dossier, le programme de soins a été revu et aucune intervention n'a été ajoutée lorsque les stratégies s'avéraient inefficaces. La personne résidente n° 017 a subi des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente n° 016, qui se sont produits à plusieurs reprises.

Selon la politique du foyer de soins de longue durée, le programme de prévention et de gestion des comportements réactifs, section 4.1, le programme de prévention

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

et de gestion des comportements réactifs de chaque foyer comprendra ce qui suit :
B. Élaboration de programmes de soins axés sur la personne résidente, comprenant des interventions et des stratégies propres aux points forts, aux valeurs, aux souhaits et aux besoins de la personne résidente. La planification des soins permet de soutenir les forces environnementales, sociales, physiques, cognitives et émotionnelles de la personne résidente. Les foyers développeront des procédures pour garantir que les programmes de soins sont mis à jour et révisés régulièrement.

L'entretien mené avec le responsable du Projet OSTC reconnaît que le programme de soins de la personne résidente n° 016 n'a pas été mis à jour avec de nouvelles stratégies pour répondre aux comportements.

En n'élaborant pas de stratégies lorsque la personne résidente n° 016 avait des comportements réactifs, la personne résidente n° 017 a subi d'autres préjudices.

Sources : Programme de soins de la personne résidente n° 016, entretien avec l'infirmière praticienne/responsable du Projet OSTC. Examen des dossiers du programme de prévention et de gestion des comportements réactifs.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente comprenne des stratégies pour répondre aux comportements réactifs lorsque le nombre de personnes est réduit.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel a été soumis au directeur.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Avant l'incident, la personne résidente avait été placée sous surveillance individuelle. L'équipe de gestion des risques du foyer de soins de longue durée a décidé de réduire la surveillance individuelle à titre expérimental, bien que les comportements soient restés inchangés pendant les quarts de travail de jour. Lors de l'examen des dossiers, le programme de soins a été examiné et aucune instruction claire n'a été donnée au personnel pour qu'il surveille le comportement de la personne résidente. Au moment de l'incident, la personne résidente a été laissée sans surveillance dans sa chambre pendant un certain temps.

L'entretien avec l'infirmière praticienne/responsable du Projet OSTC a confirmé que le programme de soins n'avait pas été mis à jour avec les nouvelles interventions lorsque la réduction de l'assistance individuelle a commencé dans la journée et qu'il était source de confusion pour le personnel en raison des différentes orientations en matière de surveillance.

Le fait de ne pas donner de directives claires au personnel a entraîné un traumatisme émotionnel chez une personne résidente.

Sources : Entretien avec l'infirmière praticienne/responsable du Projet OSTC, examen du dossier du programme de soins de la personne résidente, fiche de suivi individuel.

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Non-respect : de l'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).

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

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- 1) Retirer tous les produits d'hygiène des mains périmés de la circulation dans le foyer.
 - a) Le responsable de la PCI et le responsable de l'entretien ménager doivent élaborer et mettre en œuvre un processus de suivi pour s'assurer que les produits d'hygiène pour les mains accessibles aux résidents ont une teneur en alcool de 70 à 90 % et ne sont pas périmés.
- 2) Fournir une formation à l'hygiène des mains des résidents à l'ensemble du personnel de soins directs, y compris, mais sans s'y limiter, avant/après les repas et les collations.
 - a) La formation à l'hygiène des mains des résidents doit être donnée par un responsable qualifié de la PCI ou un spécialiste formé en matière de PCI.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- b) Sensibiliser l'ensemble du personnel qui s'occupe directement des résidents à l'importance d'aider et de soutenir les résidents en matière d'hygiène des mains. La formation doit préciser qui et quand le personnel est tenu d'aider les résidents à se laver les mains, y compris avant les repas et les collations.
- c) Tenir un registre de la formation donnée, des personnes ayant reçu la formation, de la date où la formation a été donnée et du contenu de la formation et des documents de formation.
- d) Une fois la formation donnée, le responsable qualifié de la PCI ou la personne désignée par la direction doit procéder à des vérifications de l'hygiène des mains avant et après les repas pendant au moins quatre semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine, dans chaque quart de travail, afin d'évaluer les pratiques du personnel en matière d'hygiène des mains. Conserver une trace écrite des vérifications effectuées, y compris le nom de la personne effectuant la vérification, le nom du personnel vérifié, les mesures correctives éventuelles et la date de la vérification.
- e) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice ou inspecteur dès qu'elle ou il en fait la demande.
- (a) Le responsable de la PCI et le responsable de l'entretien ménager doivent élaborer et mettre en œuvre un processus de suivi pour s'assurer que les produits d'hygiène pour les mains accessibles aux résidents ont une teneur en alcool de 70 à 90 % et ne sont pas périmés.
- 3) Fournir une formation à l'hygiène des mains aux fournisseurs de soins directs, y compris, mais sans s'y limiter, avant/après les repas et les collations.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- a) La formation à l'hygiène des mains doit être donnée par un responsable qualifié de la PCI ou un spécialiste formé en matière de PCI.

- b) Former le personnel qui s'occupe directement des patients à la procédure du foyer en matière d'hygiène des mains avant et après les repas et les collations.

- c) Tenir un registre de la formation donnée, des personnes ayant reçu la formation, de la date où la formation a été donnée et du contenu de la formation et des documents de formation.

- d) Une fois la formation donnée, le responsable qualifié de la PCI ou la personne désignée par la direction doit procéder à des vérifications de l'hygiène des mains avant et après les repas pendant au moins quatre semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine, dans chaque quart de travail, afin d'évaluer les pratiques du personnel en matière d'hygiène des mains. Conserver une trace écrite des vérifications effectuées, y compris le nom de la personne effectuant la vérification, le nom du personnel vérifié, les mesures correctives éventuelles et la date de la vérification.

- e) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice ou inspecteur dès qu'elle ou il en fait la demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

A) Conformément à la section 10.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, avril 2022 (révisée en septembre 2023) (Norme de PCI) sur l'exigence supplémentaire aux termes de la Norme, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, y compris des désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) à 70-90 %.

Justification et résumé

Les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) ont été observées tout au long de l'inspection.

Du désinfectant pour les mains périmé à plusieurs reprises a été trouvé dans l'ensemble du bâtiment.

Aucune date de péremption n'a été observée sur le distributeur de bouteilles de DMBA dans la salle familiale du deuxième étage. Lorsque cette situation a été portée à l'attention du coordonnateur des soins aux résidents / (responsable de la PCI de remplacement), celui-ci n'a pas été en mesure de déterminer la date de péremption et a jeté la bouteille à la poubelle.

On a constaté la présence de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) périmé sur le chariot des repas pendant le service des collations. Le DMBA de la salle de physiothérapie de la personne résidente a expiré. Un membre du personnel a indiqué que c'était un DMBA pour l'hygiène des mains de la personne résidente. Le membre du personnel a jeté le distributeur du DMBA après avoir confirmé qu'il était périmé.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Lors d'un entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents / (responsable de la PCI de remplacement), il a indiqué que lors de ses réunions mensuelles sur la sécurité, le foyer de soins de longue durée surveille l'expiration du DMBA. Cependant, tous les membres du personnel sont généralement responsables.

En ne veillant pas à ce que le désinfectant pour les mains à base d'alcool ne soit pas périmé dans le foyer, les résidents risquaient de transmettre des agents infectieux, notamment le virus de la COVID-19, en raison d'une hygiène des mains inefficace.

Sources : Observations et entretiens avec un coordonnateur des soins aux résidents/O (le responsable de la PCI de remplacement) et un membre du personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

A) Conformément à la section 10.2 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, avril 2022 (révisée en septembre 2023) (Norme de PCI) sur l'exigence supplémentaire aux termes de la Norme, le titulaire de permis doit s'assurer à ce que le programme d'hygiène des mains pour les résidents soit axé sur les résidents et comporte des options pour les résidents, tout en veillant à ce que l'hygiène des mains soit respectée. Le programme d'hygiène des mains pour les résidents doit comprendre : a) la promotion de possibilités d'hygiène des mains pour les résidents, b) la mise à disposition d'agents d'hygiène des mains en fonction des préférences des résidents, conformément à l'exigence supplémentaire de la section 10.1 de la Norme, et c) l'assistance aux résidents pour l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Des observations de la section Beaver River du foyer ont été faites pendant le service de repas. Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n° 101 et n° 102 donnaient à manger aux résidents dans le salon et n'offraient pas ou n'encourageaient pas l'hygiène des mains. Le chariot de repas contenait un produit de friction pour les mains à base d'alcool.

La PSSP n° 103 dans la section Old Mill du foyer a été observée en train de donner à manger à une personne résidente dans sa chambre et le DMBA n'a pas été proposé ou fourni.

La PSSP n° 104, dans la section Hummingbird Circle du foyer, a été observée en train de fournir de la nourriture à une personne résidente. Aucun DMBA n'a été fourni ou proposé à la personne résidente.

Une personne résidente a indiqué que le personnel ne lui proposait pas systématiquement un DMBA avant les repas.

Le coordonnateur des soins aux résidents / (le responsable de la PCI de remplacement) a indiqué que l'on attendait du personnel qu'il assure l'hygiène des mains des résidents avant les repas et les collations.

En ne veillant pas à ce que les résidents soient aidés à effectuer une hygiène des mains avant les repas et les collations, les résidents risquent d'être exposés à des maladies infectieuses.

Sources : Observations, entretiens avec une PSSP, un coordonnateur des soins aux résidents / (le responsable de la PCI de remplacement) et un entretien avec une personne résidente.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

25 octobre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

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

Non-respect : de la disposition 11 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (7).

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

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1) Veiller à ce que des désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) soient disponibles au point de service. Se référer aux *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*, 4^e édition de Santé publique Ontario pour s'assurer de l'emplacement approprié du DMBA.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 2) Conserver la documentation relative à l'ajout et au retrait de DMBA, ainsi que la procédure visant à garantir que le personnel dispose de DMBA sur le lieu de soins.

- 3) Veiller à ce que le placement du DMBA sur le lieu de soins soit communiqué à l'ensemble du personnel de soins directs. Cette communication doit comprendre au minimum la raison de la mise en œuvre et l'intention d'utilisation. Conserver la documentation relative à la communication fournie.

- 4) Tenir tous les documents requis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un programme d'hygiène des mains conforme à toute norme ou à tout protocole émis par le directeur, qui comprend au minimum l'accès à des agents d'hygiène des mains au point de service.

Justification et résumé

Au cours de la visite initiale, des observations ont été faites dans l'ensemble du foyer de soins de longue durée. Il a été observé que plusieurs chambres de résidents ne disposaient pas de stations de désinfection des mains à base d'alcool à la disposition du personnel et d'autres personnes immédiatement au point de service.

Un coordonnateur des soins aux résidents (responsable de la prévention et du contrôle des infections [PCI] de remplacement) a confirmé que le DMBA se trouvait

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

à l'entrée (à l'extérieur de la chambre de la personne résidente) et à l'intérieur de la porte, sur ou près de l'armoire de la personne résidente.

Santé publique Ontario indique que le DMBA doit être disponible à portée de main de l'endroit où les soins directs sont prodigués (point de service). Conformément au document d'orientation de Santé publique Ontario intitulé *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition*, le point de service est décrit comme l'endroit où trois éléments se rencontrent : la personne résidente, le fournisseur de soins de santé et les soins ou traitements impliquant un contact avec la personne résidente. Ce concept est utilisé pour localiser les produits d'hygiène des mains qui sont facilement accessibles au personnel en étant le plus près possible, c'est-à-dire à portée de main, de l'endroit où les résidents sont en contact avec eux. Les produits de soins au point de service doivent être accessibles au fournisseur de soins de santé sans que celui-ci quitte la zone de soins, afin qu'ils puissent être utilisés au moment voulu.

Un coordonnateur des soins aux résidents (responsable de la PCI de remplacement) a indiqué que le personnel ne portait pas de DMBA sur lui. Le coordonnateur des soins aux résidents a indiqué qu'à l'origine, le DMBA n'était situé qu'à l'intérieur de la pièce et que des DMBA supplémentaires ont été installés à l'extérieur des pièces pour les rendre accessibles au personnel. Ils ont envisagé l'emplacement du point de service au lit de la personne résidente. Le distributeur de DMBA situé à l'intérieur de la pièce, sur l'armoire, à côté de la porte, était utilisé pour l'accès au DMBA pour le point de service. Après l'entretien, l'inspectrice ou l'inspecteur a passé en revue avec le coordonnateur des soins aux résidents les *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition*. Après l'entretien, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé quelques chambres de résidents avec le coordonnateur des soins aux résidents. Ils ont reconnu que, dans certains endroits, le personnel n'aurait pas un accès immédiat à portée de main au point de service.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas disposer de stations de DMBA sur les lieux de soins, à la portée du personnel et d'autres personnes, entraîne un risque de préjudice, en particulier de transmission d'infections, pour les résidents en raison des moments manqués d'hygiène des mains, par le personnel, avant, pendant et après les soins aux résidents.

Sources : Observations, *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*, 4^e édition, avril 2014. Santé publique Ontario, et entretien avec un coordonnateur des soins aux résidents (responsable de la PCI de remplacement).

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

30 septembre 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^e 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^e 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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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^e 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^e 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.