

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 2 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1395-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : 2063415 Ontario Limited as General Partner of 2063415 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Maple Grove Community, Brampton

Inspectrice principale

Romela Villaspir (653)

Signature numérique de l'inspectrice

Romela
Villaspir

Digitally signed by
Romela Villaspir
Date: 2024.05.14
10:19:33 -04'00'

Autre inspectrice

Katherine Adamski (753)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4, 9 au 12, 15 au 19 et 22 avril 2024.

L'inspection concernait :

- Inspection : n° 00111690 – Inspection proactive de la conformité

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé aux termes du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021)

Non-respect : de l'alinéa 85 (3) c) de la *LRSLD* (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer de soins de longue durée (SLD) visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences qu'établissent les règlements.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Le 4 avril 2024, pendant la visite initiale du foyer par l'inspectrice n° 653, de 9 h 51 à 12 h 24, la politique du foyer de SLD visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes n'était pas affichée dans le foyer.

À 13 h 28, la politique mentionnée ci-dessus a été affichée sur le tableau d'affichage situé à côté du bureau administratif au rez-de-chaussée.

Sources : Politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes n° VII-G-10.00, révisée pour la dernière fois en octobre 2023; observations de l'inspectrice n° 653; entretien avec le directeur des soins. [653]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 4 avril 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé aux termes du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021)

Non-respect : de la disposition 265 (1) 10. du Règl. de l'Ontario 246/22

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267 soit affichée dans le foyer.

Justification et résumé

Le 4 avril 2024, pendant la visite initiale du foyer par l'inspectrice n° 653, de 9 h 51 à 12 h 24, la politique du foyer concernant les visiteurs n'était pas affichée dans le foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

À 13 h 28, la politique mentionnée ci-dessus a été affichée sur le tableau d'affichage situé à côté du bureau administratif au rez-de-chaussée.

Sources : Politique n° IX-N-10.44 sur les protocoles pour les visiteurs, révisée pour la dernière fois en novembre 2023; observations de l'inspectrice n° 653; entretien avec le directeur des soins. [653]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 4 avril 2024

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une personne résidente présentant un risque nutritionnel élevé avait besoin d'une consistance spécifique pour les liquides.

Lors d'un service de repas, la personne résidente n'a pas reçu la consistance de liquides prévue dans son programme de soins.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; observations de l'inspectrice n° 653 lors du repas; entretiens avec la personne occupant le poste de superviseur des services alimentaires, la personne préposée aux services alimentaires et la personne occupant le poste de directeur des services alimentaires. [653]

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes fassent l'objet d'une réévaluation et à ce que leur programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque leurs besoins en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

A) D'après le programme de soins d'une personne résidente, elle n'apprécie pas un aliment en particulier.

Lors d'un service de repas, la personne résidente s'est vu servir cet aliment.

La personne occupant le poste de diététiste agréé a souligné qu'à l'époque où la personne résidente suivait un régime alimentaire différent, elle n'aimait pas cet aliment, mais depuis le changement de texture dans son régime, elle le consomme. Elle a indiqué que les préférences alimentaires de la personne résidente, telles qu'elles sont définies dans son programme de soins, auraient dû être réexaminées et révisées.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, observations de l'inspectrice n° 653 lors du repas; entretiens avec la personne occupant le poste de diététiste agréé et d'autres membres du personnel. [653]

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

B) Selon la liste des régimes alimentaires de la zone du foyer, qui se trouve dans la dépense, une personne résidente avait besoin de dispositifs d'adaptation.

Pendant un service de repas, ces dispositifs d'adaptation n'ont pas été mis à la disposition de la personne résidente.

La personne occupant le poste de diététiste agréé n'était pas au courant des nouveaux besoins de la personne résidente pour manger et boire. Elle a ajouté que le personnel aurait dû suivre le processus approprié pour demander une consultation et réévaluer les besoins alimentaires quand il a vu que la personne résidente n'avait plus besoin des dispositifs d'adaptation.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, observations de l'inspectrice n° 653 lors du repas; entretiens avec la personne préposée aux services alimentaires et la personne occupant le poste de directeur des services alimentaires. [653]

AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : du paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (4) Sauf directive contraire du ministre, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un sondage soit réalisé, au moins une fois par année, auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, services, programmes et biens qui y sont fournis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander l'avis des conseils des résidents et des familles dans le cadre du sondage ou pour donner suite aux résultats du sondage annuel sur la satisfaction.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Selon la personne occupant le poste de président du conseil des personnes résidentes, le foyer n'a pas demandé l'avis du conseil dans le cadre des sondages annuels de satisfaction.

Les personnes à la présidence des conseils des personnes résidentes et des familles ont toutes deux confirmé que le foyer n'avait pas demandé l'avis des conseils au moment de créer des plans d'action fondés sur les résultats du sondage. Des plans d'action ont été conçus par le foyer et ensuite présentés aux conseils.

Comme les conseils des personnes résidentes et des familles n'ont pas été consultés dans le cadre du sondage annuel de satisfaction ni pour la création de plans d'action fondés sur les résultats, leurs suggestions n'ont pas été prises en compte par le foyer. Cela aurait pu entraîner une mauvaise mise en œuvre de l'initiative.

Sources : Procès-verbaux des réunions et présentations PowerPoint des conseils des personnes résidentes et des familles; entretiens avec les personnes à la présidence des conseils des personnes résidentes et des familles. [753]

AVIS ÉCRIT : PORTES DANS LE FOYER

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

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

Portes dans le foyer

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

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

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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

Justification et résumé

Le 4 avril 2024, pendant la visite initiale du foyer par l'inspectrice n° 653, cinq portes différentes donnant sur des aires non résidentielles n'étaient ni verrouillées ni sous surveillance.

En ne gardant pas verrouillées les portes donnant sur des aires non résidentielles quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel, il y avait un risque que les personnes résidentes accèdent à l'équipement et aux machines dans ces aires sans la supervision du personnel.

Sources : Observations de l'inspectrice n° 653; entretiens avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel. [653]

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE COMMUNICATION BILATÉRALE

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de l'alinéa 20 g) du Règl. de l'Ontario 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 :

g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

À trois reprises, l'inspectrice n° 653 a activé la sonnette d'appel des toilettes et du chevet de diverses personnes résidentes, mais la sonnerie d'appel n'a pu être entendue par les panneaux de commande des alarmes des couloirs.

Selon le directeur des soins, une fois la sonnette d'appel déclenchée, une alarme sonore retentit dans l'unité, ainsi que sur la console centrale du poste de soins infirmiers.

Puisque le système de sonnette d'appel n'était pas calibré, le personnel pouvait ne pas savoir à quel moment les personnes résidentes ou le personnel ont activé la sonnerie d'appel aux toilettes ou au chevet, surtout s'il n'était pas à proximité de la console centrale dans le poste de soins infirmiers.

Sources : Observations de l'inspectrice n° 653; entretiens avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel. [653]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

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

Gestion de la douleur

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance des réactions d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901**Justification et résumé**

Selon la procédure de la politique du foyer sur la gestion de la douleur et la prise en charge des symptômes, l'infirmière doit surveiller et évaluer l'efficacité des analgésiques pour soulager la douleur de la personne résidente en utilisant l'échelle de la douleur dans la section des signes vitaux du système de documentation électronique.

Une personne résidente en perte cognitive prenait un médicament contre la douleur.

À une occasion, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a administré le médicament contre la douleur à la personne résidente sans lui demander son niveau de douleur. En revenant au chariot de médicaments, l'IAA a signé le registre électronique d'administration des médicaments et a indiqué « 0 » comme niveau de douleur de la personne résidente sur l'échelle numérique sommaire de la douleur.

En ne demandant pas à la personne résidente d'évaluer son niveau de douleur, on a raté l'occasion de bien évaluer et surveiller l'efficacité de ses médicaments contre la douleur.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; politique n° VII-G-30.30 sur la gestion de la douleur et la prise en charge des symptômes, révisée pour la dernière fois en mars 2024; observation du passeport médicament par l'inspectrice n° 653; entretiens avec le directeur des soins, la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et l'IAA. [653]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE
CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : Paragraphe 102 (10) du Règl. de l'Ontario 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (10).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) du Règl. de l'Ontario 246/22 soient examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies.

Justification et résumé

Selon la politique du foyer sur la surveillance et le processus de collecte des données, les données recueillies sur les infections peuvent être analysées afin d'établir si des tendances peuvent être observées dans certaines zones du foyer des résidents ou à des moments particuliers dans la communauté. Bien que les calculs globaux soient suffisants, une ventilation plus détaillée pourrait s'avérer utile. L'analyse de ces données permet d'établir une base de comparaison et de tirer des conclusions. Ces renseignements seront ensuite interprétés en vue de leur utilisation dans les zones du foyer des résidents, afin de prévenir ou de limiter la propagation de l'infection.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a expliqué que lors des réunions mensuelles du comité de la sécurité des personnes résidentes, le rapport de surveillance des infections est examiné. Durant ces réunions, les taux d'infection du mois précédent sont comparés. La responsable de la PCI a précisé que ces taux sont analysés en fonction des zones du foyer afin de déterminer celle présentant le plus d'infections et pour déterminer si cela est attribuable aux pratiques du personnel, à l'augmentation des hospitalisations parmi les personnes résidentes, ou à d'autres facteurs.

Dans le procès-verbal de la réunion de mars 2024, dans la section sur les infections et les épidémies, les types d'infections et le nombre total d'infections enregistrées pour février dans l'ensemble du foyer ont été mentionnés, mais les zones touchées du foyer n'ont pas été précisées.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le fait de ne pas examiner le rapport de surveillance des infections chaque mois, conformément à la politique du foyer, a accru le risque de compromettre la PCI au sein du foyer.

Sources : Politique n° IX-E-10.10 sur la surveillance et le processus de collecte des données, révisée pour la dernière fois en mars 2024; rapport de surveillance des infections de février 2024; procès-verbal de la réunion du comité de la sécurité des personnes résidentes; entretien avec la responsable de la PCI. [653]

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE GESTION DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ontario 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

- a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la politique en matière de documentation du nombre de stupéfiants et de médicaments désignés.

Justification et résumé

Selon la politique de CareRx sur la documentation du nombre de stupéfiants et de médicaments désignés, lors de l'administration de l'une ou l'autre de ces substances, l'infirmière doit la consigner dans le registre d'administration des médicaments et le registre du nombre de stupéfiants et de médicaments désignés de la personne résidente. Ensuite, elle doit déduire la quantité utilisée et consigner la quantité restante sur la fiche de dénombrement de la personne résistante, en s'assurant que les quantités enregistrées correspondent à la réalité.

À une occasion, une IAA a administré un comprimé de stupéfiants à une personne résidente sans avoir le classeur de stupéfiants sur le chariot de médicaments et elle a omis de signer le registre du nombre de stupéfiants et de médicaments désignés de la personne résidente par la suite.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le directeur des soins a dit que les infirmières doivent signer ce registre au moment de l'administration.

Les retards dans la documentation de l'administration des stupéfiants augmentent le risque de double administration.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; politique n° 7.5 de CareRx sur la documentation du nombre de stupéfiants et de médicaments désignés, révisée le 30 novembre 2023; observation du passeport médicament par l'inspectrice n° 653; entretiens avec le directeur de soins et l'IAA. [653]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la disposition 166 (2) 3. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

3. Le directeur médical du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne occupant le poste de directeur médical du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

La personne occupant le poste de directeur médical du foyer n'était pas membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 166 (2) 4. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

4. Tous les responsables désignés du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les personnes responsables désignées du foyer soient membres du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

La personne responsable de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario au sein du foyer n'était pas membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 166 (2) 5. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

5. Le diététiste agréé du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne occupant le poste de diététiste agréé soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

La personne occupant le poste de diététiste agréé n'était pas membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 166 (2) 7. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une de ses personnes employées qui est membre du personnel infirmier permanent du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

Au moins une des personnes employées du titulaire du permis qui est membre du personnel infirmier permanent du foyer n'était pas membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la disposition 166 (2) 8. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un de ses employés qui a été embauché comme personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ou pour fournir de tels services au foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

Au moins une personne employée du titulaire de permis qui a été embauché comme personne PSSP ou pour fournir de tels services au foyer n'était pas membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 166 (2) 9. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

- g. Un membre du conseil des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne membre du conseil des personnes résidentes du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

Il n'y avait pas de membres du conseil des personnes résidentes qui faisaient partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 017 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 166 (2) 10. du Règl. de l'Ontario 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne membre du conseil des familles du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

Il n'y avait pas de membres du conseil des familles qui faisaient partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Étant donné que toutes les personnes membres requises ne faisaient pas partie du comité, il n'a pas été possible d'assurer une représentation de tous les secteurs du foyer afin de proposer des possibilités d'amélioration.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION
CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 018 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la disposition 168 (2) 2. du Règl. de l'Ontario 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

2. Une description écrite des domaines prioritaires en matière d'amélioration de la qualité, des objectifs, des politiques, des marches à suivre et des protocoles à l'égard de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne une description écrite des politiques et des marches à suivre à l'égard de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Les membres du comité d'amélioration constante de la qualité ont reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas de description écrite des politiques et des marches à suivre à l'égard de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité en 2022-2023; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION
CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 019 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 168 (2) 5. iii. du Règl. de l'Ontario 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux membres du personnel du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Les membres du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer ont déclaré que les résultats du sondage ont été communiqués aux membres du personnel lors de réunions publiques.

Le rapport d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprend ni les renseignements ci-dessus ni les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués aux membres du personnel du foyer.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité en 2022-2023; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 020 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect : de la sous-disposition 168 (2) 6. i. du Règl. de l'Ontario 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit des dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de SLD compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Les membres du comité d'amélioration constante de la qualité ont indiqué que les mesures prises pour améliorer le foyer de SLD devaient être planifiées pendant la journée de planification opérationnelle annuelle du foyer. Cependant, cette journée de planification n'a pas eu lieu. Ils ont reconnu que, malgré certains progrès par rapport aux mesures de suivi du foyer, celui-ci n'avait pas entièrement mis en œuvre les plans concernant leurs mesures de 2022-2023.

Comme aucun dossier n'a été conservé dans le foyer pour documenter les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de SLD ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures, l'état des plans d'action et des objectifs du foyer n'était pas clair.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité en 2022-2023; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION
CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 021 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 168 (2) 6. ii. du Règl. de l'Ontario 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration de la qualité comprenne un relevé écrit des autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Justification et résumé

Les membres du comité d'amélioration constante de la qualité ont indiqué que les mesures prises pour améliorer le foyer de SLD devaient être planifiées pendant la journée de planification opérationnelle annuelle du foyer. Cependant, cette journée de planification n'a pas eu lieu. Ils ont reconnu que, malgré certains progrès par rapport aux mesures de suivi du foyer, celui-ci n'avait pas entièrement mis en œuvre les plans concernant leurs mesures de 2022-2023.

Comme aucun dossier n'a été conservé dans le foyer pour documenter les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de SLD ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures, l'état des plans d'action et des objectifs du foyer n'était pas clair.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité en 2022-2023; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION
CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 022 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 168 (2) 6. v. du Règl. de l'Ontario 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions 168 (2) 6 i. et ii. du Règl. de l'Ontario 246/22 ont été communiquées aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

Les membres du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer ont affirmé que les mesures prises en vertu des sous-dispositions 168 (2) 6 i. et ii. du Règl. de l'Ontario 246/22 ont été communiqués aux membres du personnel lors de réunions publiques.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprend ni les renseignements ci-dessus ni la date à laquelle les mesures prises par le foyer ont été communiquées aux membres du personnel du foyer.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité en 2022-2023; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins et la personne occupant le poste de coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille. [753]

**AVIS ÉCRIT : FORMATION COMPLÉMENTAIRE –
PERSONNEL CHARGÉ DES SOINS DIRECTS**

Problème de conformité n° 023 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de la disposition 261 (1) 2. du Règl. de l'Ontario 246/22

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Paragraphe 261 (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

2. Les soins de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une formation à l'égard des soins de la peau et des plaies soit offerte à une IAA qui fournissait des soins directs aux résidents.

Justification et résumé

Une IAA embauchée en 2021 n'a pas reçu de formation sur les soins de la peau et des plaies avant 2024.

En n'offrant pas de formation sur les soins de la peau et des plaies à l'IAA dès son embauche et avant qu'elle ne commence à acquiescer ses responsabilités, celle-ci risquait de ne pas intégrer les approches, les stratégies et les interventions conformément aux politiques et procédures de soins de la peau et des plaies du foyer au moment de fournir des soins aux résidents.

Sources : Dossiers de formation de l'IAA; entretien avec la personne occupant le poste de directeur adjoint des soins. [653]

**ORDRE DE CONFORMITÉ CO n° 001 PROGRAMME DE
PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 024 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ontario 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 ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD, 2021, alinéa 155 (1) 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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

- 1) Offrir une formation de recyclage sur les quatre moments d'hygiène des mains à trois personnes PSSP en particulier.
- 2) Offrir une formation de recyclage sur le nettoyage et la désinfection des dispositifs de transfert à deux personnes PSSP en particulier.
- 3) Tenir un registre des points 1 et 2, y compris les dates, la personne responsable de l'animation, les signatures de présence, le contenu de la formation et les méthodes d'évaluation.
- 4) Effectuer des vérifications quotidiennes pendant deux semaines dans une zone particulière du foyer pour vérifier les points suivants :
 - i) Le respect du programme d'hygiène des mains par le personnel;
 - ii) Les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour se laver les mains avant de prendre une collation;
 - iii) Le personnel procède au nettoyage et à la désinfection des dispositifs de transfert conformément à la politique du foyer.
- 5) Effectuer des vérifications quotidiennes pendant deux semaines dans une zone particulière du foyer pour s'assurer que les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour se laver les mains avant de prendre une collation;
- 6) À la fin de la période de vérification de deux semaines, la responsable de la PCI analysera les résultats des vérifications pour cibler les lacunes. Elle concevra et mettra en œuvre un plan de communication des lacunes ciblées à tous les membres du personnel dans les deux zones du foyer, ainsi qu'un plan de correction de ces lacunes.
- 7) Tenir des registres des points 4 à 6, y compris la personne responsable de la vérification, les dates et heures des vérifications, le personnel faisant l'objet de la vérification, les résultats et l'analyse des vérifications, et les mesures prises.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la norme émise par le directeur à l'égard de la 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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Le foyer a connu de nombreuses épidémies depuis le début de l'année :

Du 11 au 22 janvier 2024 – Épidémie de virus respiratoire syncytial (VRS) dans une zone du foyer.

Du 30 janvier au 9 février 2024 – Épidémie de VRS dans deux zones du foyer.

Du 9 février au 20 février 2024 – Épidémie d'influenza A dans une zone du foyer.

Du 15 mars au 27 mars 2024 – Épidémie de parainfluenza dans deux zones du foyer.

A) Conformément à la disposition c) de la section 10.2 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis doit garantir que l'approche du programme d'hygiène des mains est axée sur les personnes résidentes et que le programme propose des options adaptées à leurs besoins, tout en veillant à ce que l'hygiène des mains soit respectée. Le programme d'hygiène des mains destiné aux personnes résidentes doit comprendre un soutien qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

Selon la politique du foyer sur l'hygiène des mains, les personnes résidentes doivent utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) avant de manger.

À deux reprises, plusieurs personnes résidentes n'ont pas reçu de soutien du personnel pour pratiquer l'hygiène des mains avant les collations.

Sources : Politique n° IX-G-10.10 sur l'hygiène des mains, révisée pour la dernière fois en novembre 2023; observations de l'inspectrice n° 653; entretien avec la responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

B) Conformément à la section 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base doivent comporter : b) l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Selon la politique du foyer sur l'hygiène des mains, cette pratique implique soit de se laver les mains, soit d'utiliser un DMBA, et tous les membres de l'équipe doivent respecter les quatre moments de l'hygiène des mains, notamment après avoir enlevé tout équipement de protection individuelle.

À une occasion, une personne PSSP n'a pas pratiqué l'hygiène des mains après avoir enlevé ses gants dans la chambre d'une personne résidente. Par la suite, cette personne a transporté un dispositif de transfert dans la chambre d'une autre personne résidente sans avoir pratiqué l'hygiène des mains.

Sources : Politique n° IX-G-10.10 sur l'hygiène des mains, révisée pour la dernière fois en novembre 2023; observations de l'inspectrice n° 653; entretien avec la responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

C) Selon la disposition h) de la section 5.3 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis veille à ce que les politiques et marches à suivre du programme de PCI comprennent les politiques et marches à suivre pour la mise en œuvre de pratiques de base et précautions supplémentaires, et notamment le nettoyage et la désinfection.

Conformément à la politique du foyer en matière de nettoyage de l'équipement – soins aux résidents et soins médicaux, tout l'équipement partagé, comme les appareils de levage, doit être nettoyé et désinfecté entre les utilisations par les personnes résidentes. Les membres de l'équipe sont tenus de désinfecter les surfaces à potentiel élevé de contamination, comme les poignées, les côtés du lit, les boutons de télécommande, etc., avec un désinfectant approuvé pour les hôpitaux après chaque usage par 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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le personnel n'a pas nettoyé ni désinfecté le dispositif de transfert entre les personnes résidentes.

Les deux personnes PSSP qui ont participé aux transferts des personnes résidentes ont admis qu'il n'y avait de lingettes désinfectantes attachées au dispositif de transfert, et qu'elles n'ont pas nettoyé ni désinfecté le dispositif de transfert après chaque utilisation par une personne résidente.

En ne respectant pas les politiques et procédures de PCI du foyer concernant l'hygiène des mains et le nettoyage de l'équipement, le risque de propagation de microorganismes infectieux parmi les personnes résidentes et le personnel a été accru.

Sources : Politique n° IX-G-20.90 sur le nettoyage de l'équipement – soins aux résidents et soins médicaux, révisée pour la dernière fois en mars 2024; observations de l'inspectrice n° 653; entretiens avec les personnes PSSP et la responsable de la PCI. [653]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 juin 2024

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 :

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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-Ouest

609, rue Kumpf, 1^{er} étage
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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.