


Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 19 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1107-0001	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de 2063414 Investment LP	
Foyer de soins de longue durée et ville : St. George Community, Toronto	
Inspectrice principale Nicole Ranger (189)	Signature numérique de l'inspectrice  Nicole S Ranger Digitally signed by Nicole S Ranger Date: 2024.04.25 11:46:21 -04'00'
Autres inspectrices ou inspecteurs Adelfa Robles (723)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

<p>L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 22 et 25 au 28 mars 2024 et 9 avril 2024 L'inspection s'est déroulée à l'extérieur aux dates suivantes : 4, 10 et 16 avril 2024</p> <p>L'inspection concernait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspection : N° 00111477 – Inspection proactive de la conformité

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

- Gestion des soins de la peau et prévention des plaies
- Soins des résidents et services de soutien
- Aliments, nutrition et hydratation

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Résidence sûre et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
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 en vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), paragraphe 154 (2)

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246722, alinéa 265 (1) 10.

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.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version actuelle de la politique du foyer concernant les visiteurs soit affichée.

Justification et résumé

Le 19 mars 2024, lors de la visite initiale du foyer, il n'y avait pas de politique concernant les visiteurs affichée dans le foyer.

La politique du foyer indique qu'il faut veiller à ce que les visiteurs aient accès à la politique relative aux protocoles des visiteurs.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée et n'était pas accessible aux visiteurs.

Le 20 mars 2024, la version la plus récente de la politique du foyer concernant les visiteurs était affichée à la réception du premier étage.

Sources : Observations au foyer les 19 et 20 mars 2024, Protocoles concernant les visiteurs (ON), IX-N-10.44 (dernière révision en novembre 2023) et entretien avec la ou le DSI.

[723]

Date de la mise en œuvre de la correction 20 mars 2024

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 002 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 : LRSLD, 2021, alinéa 3 (1) 19. iv.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Justification et résumé

1) L'inspectrice a constaté que des sachets de médicaments ouverts, contenant les noms des résidents, les numéros de chambre et les noms des médicaments contenus dans les sachets, avaient été laissés sur le dessus du chariot de médicaments. Ces sachets n'ont pas été placés directement dans un contenant utilisé pour les sachets de médicaments vides. Il y avait des résidents à proximité au moment de l'observation.

La ou le DSI a déclaré que la procédure du foyer consistait à jeter tous les sachets de médicaments vides dans un contenant séparé attaché au chariot de médicaments. La ou le DSI a reconnu que les sachets de médicaments n'auraient pas dû être placés sur le dessus du chariot de médicaments afin de protéger les renseignements personnels des résidents.

Le fait de ne pas jeter correctement les sachets de médicaments vides lorsqu'ils sont laissés sans surveillance pourrait permettre un accès non autorisé aux renseignements personnels sur la santé (RPS) des 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 de Toronto

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

Sources : Observation de la section accessible aux résidents et entretiens avec la ou le DSI et d'autres membres du personnel

[18g]

Justification et résumé

2) Un écran d'ordinateur monté sur un chariot de médicaments affichant les noms des résidents et des RPS a été laissé sans surveillance dans une zone commune près du poste de soins dans une unité du foyer. Des résidents et des visiteurs se trouvaient à proximité au moment de l'observation.

Une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a reconnu que l'écran aurait dû être verrouillé pour protéger les RPS des résidents.

Le fait de ne pas verrouiller l'écran de l'ordinateur lorsqu'il est laissé sans surveillance pourrait permettre un accès non autorisé aux RPS des résidents.

Sources : Observation de la section accessible aux résidents et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé et d'autres membres du personnel

[18g]

AVIS ÉCRIT : RÉSIDENCE SURE ET SÉCURITAIRE

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 de : LRSLD, 2021, article 5

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Article 5 : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses 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 de Toronto

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

Justification et résumé

L'inspectrice a observé deux panneaux jaunes de mise en garde contre les sols mouillés, laissés sans surveillance, dans un couloir de la section accessible aux résidents (SAR). Le sol n'était pas mouillé au moment de l'observation et il n'y avait pas d'indication pour l'utilisation du panneau jaune « sol mouillé » au moment de l'observation.

Un employé de l'entretien ménager a déclaré qu'il n'avait pas placé les panneaux d'avertissement dans le couloir et qu'ils avaient été laissés par un autre employé de l'entretien ménager qui travaillait la veille au soir. Il a également indiqué que la procédure consistait à retirer les panneaux jaunes indiquant que le sol était mouillé après le nettoyage et une fois que le sol était sec.

Le personnel d'entretien et un superviseur de l'entretien et de la buanderie ont reconnu que les panneaux d'avertissement n'auraient pas dû être laissés sans surveillance pour assurer la sécurité des résidents.

Sources : Observation d'une SAC, entretiens avec un employé de l'entretien ménager et le superviseur de l'entretien ménager et de la buanderie.

[18g]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Non-respect de : LRSLD, 2021, paragraphe 6 (2)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins pour l'intervention de prévention des chutes d'un résident soient fondés sur les besoins et les préférences de ce dernier.

Justification et résumé

L'inspectrice a observé une intervention de prévention des chutes au chevet d'un résident. Le programme de soins du résident n'indiquait pas que le résident bénéficiait de l'intervention de prévention des chutes et n'indiquait pas le besoin du résident concernant l'utilisation de l'intervention de prévention des chutes. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que le résident n'avait pas d'antécédents de chutes et qu'il ne savait pas exactement pourquoi le résident avait subi une intervention en cas de chute.

Une ou un IA a confirmé que le programme de soins écrit du résident n'indiquait pas que le résident avait bénéficié d'une intervention en cas de chute. L'IA a indiqué que le résident n'avait pas d'antécédents de chutes et que la dernière évaluation des chutes n'incluait pas l'intervention en cas de chute.

Le ou la DSI a reconnu que les soins définis dans le programme de soins devaient être mis à jour pour refléter les soins fondés sur les évaluations et les besoins du résident en matière de prévention des chutes.

Le risque de préjudice pour le résident était minime lorsque son programme de soins ne contenait pas de renseignements sur la prévention des chutes.

Sources : Observation d'une chambre de résident, examen des dossiers cliniques des résidents et entretiens avec une personne PSSP, une ou un IA et la ou le DSI.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

[189].

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 005 Avis écrit conformément 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 : LRSLD, 2001, alinéa 6 (g) 1.

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les douches fournies à un résident soient documentées.

Justification et résumé

Les registres de bain d'un résident indiquent qu'il a reçu un bain au cours d'un mois donné. Le résident n'était pas inclus dans l'horaire des bains affiché dans le poste de soins infirmiers.

Une personne PSSP a déclaré qu'elle avait consigné que le bain n'avait pas eu lieu parce que le résident était prévu pour les douches de jour et non pendant les quarts de travail du soir. La personne PSSP et une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont tous deux déclaré que le résident prenait une douche le matin, conformément à son affectation au lit, mais que cela n'était pas documenté. L'entretien avec le résident a permis d'établir qu'il prenait sa douche dans la journée.

La ou le DSI a indiqué que le personnel était censé documenter les soins prodigués aux résidents dans leur point d'intervention.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Il y avait un risque que des soins de suivi ne soient pas prodigués lorsque le personnel ne documentait pas les soins prévus dans le programme de soins du résident.

Sources : Examen des dossiers de bain d'un résident, de l'horaire des bains, des entretiens avec les personnes PSSP, l'IAA et la ou le DSI.

[723].

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 006 Avis écrit conformément 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 : LRSLD, 2021, alinéa 6 (10) b)

Programme de soins

Paragraphe (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 :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit du résident soit mis à jour en ce qui concerne l'utilisation des mesures de prévention des chutes.

Justification et résumé

1) Le programme de soins écrit d'un résident indique qu'il a besoin d'une intervention pour prévenir les chutes.

Lors de l'observation, l'intervention contre les chutes n'était pas en place et une personne PSSP a signalé que l'intervention pour prévenir les chutes n'avait pas été mise en place pendant quelques mois.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Une ou un IA a reconnu que le résident n'avait plus besoin d'intervention en cas de chute, comme le prévoyait son programme de soins. L'IA a reconnu que le programme de soins du résident n'avait pas été révisé lorsque les interventions n'étaient plus nécessaires et que le programme de soins n'avait pas été mis à jour pour tenir compte de l'état du résident.

Le ou la DSI a reconnu que le programme de soins aurait dû être révisé lorsque les interventions de prévention des chutes n'étaient plus nécessaires.

Il n'y a pas eu d'incidence ni de risque pour le résident, car le personnel savait que l'intervention en cas de chute n'était plus nécessaire.

Sources : Observations d'un résident, examen du dossier clinique d'un résident, entretien avec une personne PSSP, une ou un IA et la ou le DSI.

[189]

Justification et résumé

2) Des observations ont été réalisées pour un résident et aucune intervention de prévention des chutes n'a été observée. L'inspectrice et une ou un IAA ont tous deux observé un résident dans son lit sans aucune intervention de prévention des chutes.

Le programme de soins écrit du résident indique qu'il présente un risque de chute. L'intervention comprenait l'utilisation d'un dispositif d'intervention en cas de chute au lit.

Deux personnes PSSP ont déclaré que le résident n'utilisait pas l'intervention en cas de chute et qu'il ne se transférait pas de lui-même lorsqu'il était au lit. Une ou un IAA a déclaré que le résident présentait un risque de chute en raison de ses antécédents, mais qu'il n'y avait pas eu d'incident de chute depuis que le résident avait été transféré dans son unité.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Le foyer n'a pas veillé à ce que les besoins actuels du résident en matière de soins soient pris en compte, car son programme de soins écrit relatif à l'utilisation de ses interventions en cas de chute n'a pas été mis à jour.

Sources : Observation d'un résident, examen du programme de soins écrit du résident, du rapport sur l'historique des chutes et la gestion des risques, entretiens avec les personnes PSSP et l'IAA.

[723]

AVIS ÉCRIT : SERVICES DE DIÉTÉTIQUE ET D'HYDRATATION

Problème de conformité n° 007 Avis écrit conformément 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 : LRSLD, 2001, paragraphe 15 (2)

Services de diététique et d'hydratation

Paragraphe 15 (2) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (1), le titulaire de permis veille à ce que les résidents reçoivent des aliments et des liquides sains, nutritifs, variés et en quantité suffisante.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents reçoivent des liquides dont la consistance est sans danger.

Justification et résumé

1) Une personne PSSP a été vue en train d'aider un résident à boire une boisson épaisse. Le résident présentait un risque nutritionnel élevé et avait besoin de liquides de la consistance de pouding, comme l'indiquaient son ordonnance alimentaire et son rapport d'ordonnance alimentaire.

La personne PSSP a confirmé qu'elle avait préparé des liquides épais à base de miel pour le résident en utilisant la poudre épaississante ThickenUp Clear Instant Food & Drink. Le gestionnaire des services alimentaires (GSA) a confirmé que les liquides

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

servis au résident n'étaient pas de la consistance de pouding. Une ou un IAA a confirmé que le résident présentait un risque nutritionnel élevé et qu'il avait besoin de liquides épais de type pouding pour des raisons de sécurité.

Sources : Observations d'un service de repas, examen du programme de soins écrit du résident, des directives données concernant le régime alimentaire, du rapport sur le type d'alimentation de St. George Care Community, entretiens avec une personne PSSP, une ou un IAA et la ou le GSA.

[723]

2) Une personne PSSP a été observée en train de préparer des liquides épaissis pour un résident. Le résident présentait un risque nutritionnel élevé. Les directives données concernant le régime alimentaire et le rapport sur le type d'alimentation indiquent qu'il a besoin de liquides épais de type pouding.

La personne PSSP a confirmé qu'elle avait préparé des liquides épais à base de miel pour le résident. Une ou un IAA a confirmé que le résident avait besoin de liquides épais de type pouding pour des raisons de sécurité.

Le fait de ne pas fournir aux résidents des liquides d'une consistance suffisante pour qu'ils puissent les consommer en toute sécurité les expose à un risque d'étouffement et d'aspiration.

Sources : Observations d'un service de repas, examen du programme de soins écrit du résident, des directives données concernant le régime alimentaire, du rapport sur le type d'alimentation de St. George Care Community, entretiens avec une personne PSSP et une ou un IAA.

[723]

AVIS ÉCRIT : PORTES 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 de Toronto

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

Problème de conformité n° 008 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246722, alinéa 12 (1) 3.

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes menant aux zones non résidentielles restent fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel.

Justification et résumé

La porte de service d'une SAC était déverrouillée et entrouverte. La porte était munie d'un clavier d'entrée. Le mécanisme de fermeture/verrouillage semblait brisé, ce qui empêchait la porte de se fermer complètement. En ouvrant la porte, l'inspectrice a constaté que la zone principale menait à deux portes, dont l'une contenait une chute à linge ouverte et l'autre des fournitures d'entretien. Dans la zone principale, il y avait une solution violette qui n'était pas étiquetée et qui portait un autocollant indiquant « Crew » (équipe). Il n'y avait pas de résidents à proximité au moment des observations.

Une ou un responsable de l'entretien ménager a déclaré que la porte de service était brisée depuis quatre jours et que le personnel d'entretien savait qu'elle ne pouvait pas être fermée à clé. La ou le responsable de l'entretien ménager a indiqué que la porte devait être verrouillée pour la sécurité des résidents.

Deux membres du personnel d'entretien ont indiqué qu'ils savaient que le loquet de la porte était brisé, mais qu'ils attendaient que le directeur des programmes 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 de Toronto

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

résidents reprenne le travail pour commander des fournitures. Les deux membres du personnel d'entretien ont indiqué que la porte devait être verrouillée.

Le directeur des services environnementaux (DSE) a reconnu que les portes de service étaient des zones non résidentielles et qu'elles devaient rester fermées et verrouillées.

Le risque est modéré, car les résidents peuvent entrer dans la chute à linge et se coincer ou se blesser lorsque les portes ne sont pas verrouillées.

Sources : Observations de la SAC, entretiens avec une ou un responsable de l'entretien ménager, le personnel d'entretien et le DSE.

[189]

AVIS ÉCRIT : SUBSTANCES DANGEREUSES

Problème de conformité n° 009 Avis écrit conformément 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 : 0. Règl. 246722, article 97

Substances dangereuses

Article 97 : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient correctement étiquetées et ne soient pas accessibles aux résidents à tout moment.

Justification et résumé

La porte de service d'une SAC était déverrouillée et entrouverte. La porte était munie d'un clavier d'entrée. Le mécanisme de fermeture/verrouillage semblait

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

brisé, ce qui empêchait la porte de se fermer complètement. En ouvrant la porte, l'inspectrice a constaté que la zone principale menait à deux portes, dont l'une contenait une chute à linge ouverte et l'autre des fournitures d'entretien. Dans la zone principale, il y avait une bouteille de solution violette qui n'était pas étiquetée et qui portait un autocollant indiquant « Crew » (équipe).

Il n'y avait pas de résidents à proximité au moment des observations.

La superviseure ou le superviseur de l'entretien ménager et de la buanderie a déclaré que la solution violette observée dans la buanderie était un nettoyant pour salle de bains et qu'un employé de l'entretien ménager avait transféré le liquide depuis le liquide principal situé dans l'espace d'entreposage de l'entretien ménager. La superviseure ou le superviseur de l'entretien ménager et de la buanderie a remis à l'inspectrice la solution étiquetée « Crew Bathroom Cleaner and Scale Remover » (nettoyant et détartrant pour la salle de bains de l'équipe) et dont la bouteille portait une étiquette d'avertissement sur les dangers qu'elle présentait.

La superviseure ou le superviseur de l'entretien ménager et de la buanderie a indiqué que la bouteille trouvée n'était pas correctement étiquetée et qu'une étiquette appropriée aurait dû être apposée sur le contenant au moment de son remplissage. Elle ou il a reconnu que toutes les substances dangereuses doivent être étiquetées à tout moment. Le DSE a reconnu que la porte de service n'était pas fermée à clé et qu'elle était accessible.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les substances dangereuses présentes dans le foyer restent inaccessibles aux résidents à tout moment et à ce que les substances dangereuses soient étiquetées, a exposé les résidents à un risque d'ingestion et/ou d'exposition aux substances dangereuses.

Sources : Observation de la porte de service, de l'étiquette du produit « Crew Bathroom Cleaner and Scale Remover » (nettoyant et détartrant pour la salle de bains de l'équipe), entretiens avec la superviseure ou le superviseur de l'entretien ménager et de la buanderie, le DSE et d'autres membres du personnel.

[189]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 010 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246722, alinéa 138 (1) a) (i)

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures connexes,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans une zone ou un chariot de médicaments utilisés exclusivement pour les médicaments et les fournitures liées aux médicaments.

Justification et résumé

Lors de l'observation des chariots de médicaments, l'inspectrice a noté que divers articles non liés aux médicaments étaient entreposés dans les chariots de médicaments dans les bacs à stupéfiants fermés à double tour. Ces articles comprenaient une trousse d'alarme incendie avec des clés, un stylo numérique pour la transcription pharmaceutique et des recharges pour le stylo numérique.

La ou le DSI a reconnu que ces articles ne devaient pas être inclus dans le bac à stupéfiants fermé à clé.

Sources : Observation des chariots de médicaments, de la politique du foyer intitulée « Le chariot de médicaments » révisée le 30 juin 2023, et entretien avec la ou le DSI et d'autres membres du 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 de Toronto

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

AVIS ÉCRIT : SÉCURITÉ DE LA RÉSERVE DE MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 011 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246J22, paragraphe 139 1.

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139 : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans une zone ou un chariot de médicaments utilisés exclusivement pour les médicaments et les fournitures liées aux médicaments, et à ce que cet endroit soit sécurisé et fermé à clé.

Justification et résumé

Un chariot de traitement a été laissé sans surveillance et non verrouillé dans le couloir d'une SAC. L'inspectrice a pu ouvrir le chariot et accéder à son contenu, qui comprend des crèmes individuelles prescrites pour les résidents. Une ou un IA affecté à l'unité ce jour-là a reconnu que le chariot de traitement n'était pas verrouillé et qu'elle ou il était censé verrouiller le chariot de traitement lorsqu'il était laissé sans surveillance.

À une autre date, un chariot de traitement a été laissé sans surveillance et non verrouillé dans le couloir d'une SAC. L'inspectrice a pu ouvrir le chariot et accéder à son contenu. Une ou un IA affecté à l'unité ce jour-là a reconnu que le chariot de traitement n'était pas verrouillé et qu'elle était censée verrouiller le chariot de traitement lorsqu'il était laissé sans surveillance.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

La ou le DSI a indiqué que le foyer s'attendait à ce que les médicaments et les crèmes de traitement sur ordonnance soient sécurisés et enfermés à tout moment dans le chariot d'administration approprié lorsqu'ils ne sont pas utilisés par le personnel.

Le fait que le chariot de traitement ne soit pas sécurisé et verrouillé peut augmenter le risque que les résidents aient accès aux médicaments qui y sont entreposés.

Sources : Observations des SAC, de la politique du foyer de soins de longue durée intitulée « 3.6 Le chariot de médicaments », examinée et révisée le 30 juin 2023, entretiens avec une ou un IA, une ou un IAA et la ou le DSI.

[189]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 012 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246J22, alinéa 166 (2) 7.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) 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 que le comité ACQ comprenne un membre du personnel infirmier régulier employé au foyer.

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 de Toronto

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

Les rapports des réunions sur l'amélioration de la qualité (AQ) désignent l'équipe de direction comme faisant partie du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

Le directeur général (DG) par intérim a reconnu que le comité d'ACQ du foyer était une combinaison de l'équipe de direction dont le personnel infirmier régulier employé au foyer n'était pas membre.

Le fait de ne pas inclure tous les rôles requis dans le comité d'ACQ peut compromettre la possibilité d'un retour d'information interdisciplinaire pertinent pour aider le foyer dans ses initiatives ou ses résultats en matière d'ACQ.

Sources : Examen des rapports des réunions du Comité consultatif professionnel (CCP), et entretien avec le DG par intérim.

[18g]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 013 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246J22, alinéa 166 (2) 8.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) 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 que le comité ACQ comprenne une personne PSSP employée au foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Justification et résumé

Les rapports des réunions d'amélioration de la qualité désignent l'équipe de direction comme faisant partie du comité d'ACQ.

Le DG par intérim a reconnu que le comité d'ACQ du foyer était une combinaison de l'équipe de direction dont une personne PSSP employée au foyer n'était pas membre.

Le fait de ne pas inclure tous les rôles requis dans le comité d'ACQ peut compromettre la possibilité d'un retour d'information interdisciplinaire pertinent pour aider le foyer dans ses initiatives ou ses résultats en matière d'ACQ.

Sources : Examen des rapports des réunions du Comité consultatif professionnel (CCP), et entretien avec le DG par intérim.

[189]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 014 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246J22, alinéa 166 (2) 9.

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

9. Un membre du conseil des 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 de Toronto

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'ACQ comprenne un membre du conseil des résidents (CR) du foyer.

Justification et résumé

Les rapports des réunions d'amélioration de la qualité désignent l'équipe de direction comme faisant partie du comité d'ACQ.

Le DG par intérim a décrit le comité d'ACQ du foyer comme étant une combinaison de l'équipe de direction dont un membre du conseil des résidents (CR) du foyer n'était pas membre. Le président du CR a reconnu qu'il n'était pas membre du comité d'ACQ.

Le fait de ne pas inclure tous les rôles requis dans le comité d'ACQ peut compromettre la possibilité d'un retour d'information interdisciplinaire pertinent pour aider le foyer dans ses initiatives ou ses résultats en matière d'ACQ.

Sources : Examen des rapports des réunions du Comité consultatif professionnel (CCP), entretiens avec le président du CR et du DG par intérim.

[189]

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

Problème de conformité n° 015 Avis écrit conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246722, paragraphe 168 (3)

Rapport sur l'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 de Toronto

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

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration de la qualité soit remis au conseil des résidents.

Justification et résumé

Le rapport sur l'ACQ 2022-2023, qui se trouve sur le site Web du foyer, et les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents ont été examinés.

Le DG par intérim a confirmé que le rapport sur l'ACQ 2022-2023 du foyer n'avait pas été communiqué au conseil des résidents du foyer.

Sources : Examen du rapport sur l'amélioration constante de la qualité 2022-2023 du foyer, entretien avec le DG par intérim.

[189]

ORDRE DE CONFORMITÉ – OC n° 001 FENÊTRES

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246J22, article 19

Fenêtres

Article 19 : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

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

Le titulaire de permis doit :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

1. Veiller à ce que toutes les fenêtres accessibles aux résidents du foyer ne puissent pas s'ouvrir de plus de 15 centimètres (cm) de quelque manière que ce soit, qu'elles ne soient pas facilement contournables et que les vitres soient correctement fixées.
2. Réaliser un audit de toutes les fenêtres accessibles aux résidents du foyer pour s'assurer qu'elles sont en bon état et qu'elles disposent d'une moustiquaire.
3. Doter toutes les fenêtres (y compris les chambres de résident déterminées) d'un dispositif empêchant l'ouverture ou la manipulation des fenêtres.
4. Élaborer et mettre en œuvre un calendrier et une procédure pour s'assurer que toutes les fenêtres accessibles aux résidents ne peuvent être ouvertes à plus de 15 cm.
5. Conserver un registre des audits, y compris le nom de la personne qui a effectué l'audit, l'heure et la date, le lieu et les mesures prises en réponse à l'audit.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux résidents soient munies d'une moustiquaire et ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.

Justification et résumé

1) Dans une chambre de résident, la butée de fenêtre n'était pas en place et l'inspectrice a pu ouvrir complètement la fenêtre. La butée de fenêtre était située à l'extrémité du cadre de la fenêtre et non au point de démarcation de 15 cm. L'inspectrice a pu déplacer la butée de la fenêtre en manipulant la vis à oreilles et en la ramenant au point de démarcation de 15 cm. L'inspectrice a demandé à un membre du personnel d'entretien d'observer la fenêtre et celui-ci a confirmé que la butée n'était pas présente et que la fenêtre pouvait s'ouvrir complètement. Le membre du personnel d'entretien a déplacé les vitres et accédé à la butée de la fenêtre. Il a ensuite manipulé la butée de la fenêtre jusqu'au point de démarcation de 15 cm.

Dans une autre chambre de résident, la moustiquaire et la butée de la fenêtre n'étaient pas en place et l'inspectrice a pu ouvrir complètement la fenêtre. L'inspectrice a demandé à la directrice ou au directeur des services environnementaux (DSE) d'observer la fenêtre, qui a confirmé que la butée et la

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

moustiquaire de la fenêtre n'étaient pas en place et que la fenêtre pouvait s'ouvrir complètement.

Le personnel d'entretien et le DSE ont indiqué qu'ils ignoraient que les fenêtres des résidents mentionnés s'ouvraient à plus de 15 cm et qu'il n'y avait pas de moustiquaire dans la chambre d'un résident, jusqu'à ce que l'inspectrice les en informe. L'inspectrice a demandé le calendrier de l'entretien préventif des fenêtres.

Le membre du personnel d'entretien a indiqué qu'il était la personne qui s'occupait de l'entretien préventif (EP) dans le foyer. Il a également déclaré qu'il n'avait pas connaissance d'un programme d'entretien préventif des fenêtres et qu'il ne vérifiait pas régulièrement les fenêtres pour s'assurer qu'elles ne pouvaient pas s'ouvrir de plus de 15 cm. Le membre du personnel d'entretien a déclaré qu'il comptait sur le personnel infirmier et le personnel d'entretien ménager pour l'informer de tout problème concernant les fenêtres.

L'inspectrice s'est entretenue avec la ou le DSE au sujet du calendrier d'entretien préventif des fenêtres. La ou le DSE a déclaré que le personnel de l'entretien ménager inspectait les fenêtres pendant le nettoyage et informait le service d'entretien si elles s'ouvraient à plus de 15 cm. L'inspectrice a interrogé trois membres du personnel de l'entretien ménager au sujet des fenêtres et leur a demandé s'ils vérifiaient si la fenêtre pouvait s'ouvrir de plus de 15 cm. Deux membres du personnel de l'entretien ménager ont indiqué qu'ils le faisaient à l'occasion, mais pas systématiquement, et un membre du personnel de l'entretien ménager a indiqué qu'il ne le faisait pas du tout.

Selon la ou le DSE, le personnel d'entretien utilise un audit pour vérifier les chambres des résidents, y compris les fenêtres. L'inspectrice a demandé à voir les audits réalisés et la ou le DSE a fourni des copies des audits à l'inspectrice. L'audit a été examiné et n'a pas porté sur les fenêtres ni sur la vérification et le contrôle par le personnel du foyer que les fenêtres ne s'ouvrent pas de plus de 15 cm.

2) Dans une note au secteur datée de mars 2019, un avis de sécurité relatif aux fenêtres dans les chambres des résidents souligne que les foyers doivent être

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

conscients des risques de sécurité potentiels liés aux fenêtres dans les chambres des résidents. La note indiquait ce qui suit :

Pour garantir la sécurité des résidents, la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) exige que les fenêtres ne s'ouvrent pas à plus de 15 centimètres. Les fenêtres sont souvent dotées d'un mécanisme qui les empêche de s'ouvrir de plus de 15 cm. Il était important pour les foyers de s'assurer que ces mécanismes n'étaient pas facilement contournables.

En outre, la conception et l'état de certains types de fenêtres peuvent faire en sorte que la vitre se détache entièrement de son mécanisme de retenue, ce qui constitue un risque sérieux pour les résidents. Bien que le fait d'enlever entièrement une vitre ne soit pas une façon conventionnelle d'« ouvrir » une fenêtre, les foyers devaient s'assurer que les vitres étaient correctement fixées afin que les résidents ne puissent pas ouvrir la fenêtre à plus de 15 cm.

Lors de l'observation des fenêtres des chambres des résidents, l'inspectrice a constaté qu'une grande vitre supérieure ne s'ouvrait pas sur l'extérieur. Sous la fenêtre la plus grande, il y avait une fenêtre coulissante horizontale. Dans le cas d'une fenêtre coulissante horizontale, deux vitres fonctionnent en coulissant le long d'un rail dans le cadre de la fenêtre. Les vitres sont maintenues en place par le rail et le cadre de la fenêtre et sont dotées d'une quincaillerie noire de verrouillage de la fenêtre.

Dans trois chambres de résidents, l'inspectrice a pu soulever les vitres sans utiliser une force importante pour les éloigner du rail et du cadre de la fenêtre, et les retirer entièrement.

Bien que la quincaillerie de verrouillage de la fenêtre se trouve sur le côté de la vitre, elle n'empêche pas la vitre de se soulever et de s'éloigner du rail et du cadre de la fenêtre.

Un membre du personnel de l'entretien ménager a signalé à l'inspectrice que, pendant les mois d'été, il retirait la vitre intérieure du niveau inférieur du cadre de la fenêtre pour la nettoyer et la laver complètement, puis la remplaçait dans le cadre 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 de Toronto

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

la fenêtre. Le membre du personnel de l'entretien ménager a indiqué qu'il n'avait pas besoin d'outils ou d'aide de la part du personnel d'entretien pour retirer ou replacer les vitres dans le cadre.

L'inspectrice a demandé au personnel d'entretien et à la ou au DSE d'observer la fenêtre d'une chambre de résident et a demandé si la vitre pouvait être retirée du cadre de la fenêtre. Le personnel d'entretien a soulevé la vitre du cadre et a confirmé qu'elle pouvait être enlevée. La ou le DES a signalé qu'il manquait un lien en plastique au bas du cadre de la fenêtre, ce qui empêcherait de soulever la fenêtre hors du cadre. L'inspectrice a demandé s'il y avait une fenêtre actuellement dotée d'un lien en plastique, et la ou le DSE et le personnel d'entretien l'ont emmenée dans une salle à manger déterminée. L'inspectrice a demandé si la fenêtre pouvait être déplacée, car le lien se trouvait actuellement dans la fenêtre, et le personnel d'entretien a pu soulever la vitre du cadre.

Au moment de l'inspection, la ou le DSI a indiqué qu'aucun résident ne cherchait à sortir et qu'il y avait eu un cas de fugue.

La ou le DSE a reconnu que les fenêtres observées dans les chambres des résidents et la salle à manger pouvaient être entièrement retirées de leur cadre, qu'il manquait la moustiquaire dans une chambre de résident et que les fenêtres de deux chambres de résident n'étaient pas munies de butée, ce qui permettait aux fenêtres de s'ouvrir à plus de 15 cm.

Le fait que les fenêtres ne soient pas munies d'une moustiquaire et qu'elles ne puissent pas s'ouvrir au-delà de 15 cm constitue un risque grave pour la sécurité de tous les résidents du foyer.

Sources : Observation des fenêtres des résidents et de la salle à manger, note de service du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au secteur intitulée « Avis relatif à la sécurité : fenêtres dans les chambres des résidents » datée de mars 2019, audit des FSLD « Services environnementaux – Audit UV de nettoyage – Services environnementaux de Sienna SL-St. George – 1178621 », politique des FSLD intitulée « Nettoyage en profondeur des parties communes – entretien ménager XII-D-10.70 » révisée pour la dernière fois en mars 2019, et entretiens avec

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

un membre du personnel d'entretien, un membre du personnel de l'entretien ménager, une ou un DSE et d'autres membres du personnel.

[189]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 14 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 SERVICES D'ENTRETIEN

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité conformément 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 : Règl. de l'Ont. 246722, alinéa 96 (1) b)

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité

[LRSLD, 2021, alinéa 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis doit :

1. Établir un calendrier écrit, décrivant les exigences d'entretien préventif (EP) en vertu de l'alinéa 96 (1) b). du Règl. de l'Ont. 246/22, pour les fenêtres et toutes les parties des fenêtres, y compris, mais sans s'y limiter, les vitres, les châssis, les cadres, les supports, les serrures, les moustiquaires et les vis/boulons. Des renseignements précis doivent être consignés dans la procédure, y compris, mais sans s'y limiter, des renseignements qui garantissent les points suivants : toutes les vitres de fenêtres sont fixées dans le cadre de la fenêtre, les panneaux de fenêtres ne peuvent pas être retirés du cadre de la fenêtre sans outils, les fenêtres ne peuvent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres, les fenêtres sont en bon état

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

de réparation et les exigences en matière de rapports concernant les problèmes de sécurité sont respectées au sein du foyer. La procédure doit également décrire les exigences en matière de documentation pour l'entretien préventif (EP). Le foyer doit tenir un registre de l'EP et des mesures prises.

2. Former le personnel d'entretien, le personnel de l'entretien ménager et le personnel soignant, notamment à la façon de reconnaître les problèmes de sécurité au foyer, au moment de les signaler et à la façon de les signaler en ce qui concerne les fenêtres et tous les éléments associés. Pour le personnel de l'entretien ménager et de l'entretien, la formation doit également porter sur leurs rôles et responsabilités propres en ce qui concerne le nettoyage et l'entretien des fenêtres et des éléments qui y sont associés. La formation doit être assurée par une ou des personnes ayant reçu une formation appropriée. Le foyer doit tenir un registre des formations susmentionnées, y compris la date, le contenu, la personne qui a animé la formation, la durée de la séance de formation et la présence signée du personnel.

3. Élaborer un calendrier d'audit pour s'assurer que les programmes d'entretien préventif du bâtiment sont exécutés et que les mesures correctives, le cas échéant, sont prises en temps utile. Cela doit inclure une fréquence d'audit appropriée. Les audits doivent être réalisés par la directrice ou le directeur des services environnementaux (DSE) ou par une personne désignée ayant reçu une formation appropriée. La ou le DSE doit s'assurer que les mesures correctives sont mises en œuvre. Conserver un registre des audits, y compris le nom de la personne qui a effectué l'audit, l'heure et la date, le lieu et les mesures prises en réponse à l'audit.

Motifs

Le titulaire n'a pas veillé à ce que des calendriers et des procédures soient mis en place pour l'entretien courant, l'entretien préventif et l'entretien correctif.

Le Règlement de l'Ontario 246/22, alinéa 96 (1) b) exige que le titulaire de permis s'assure que des calendriers et des procédures ont été mis en place pour l'entretien courant, préventif et correctif.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

1) Lors de l'inspection, il a été constaté que les parties suivantes du foyer étaient en mauvais état :

- Deux moustiquaires endommagées et déchirées dans une salle à manger
- Deux moustiquaires de fenêtre entièrement déchirées dans une salle à manger
- Une moustiquaire de fenêtre entièrement déchirée dans une salle à manger
- Moustiquaire manquante à la fenêtre d'une chambre de résident
- Fenêtre s'ouvrant sur plus de 15 cm (deux chambres de résidents)
- Fenêtre sans butée (chambre d'un résident)

Une personne PSSP a signalé que la moustiquaire d'une salle à manger était endommagée depuis plus d'un an. Un membre du personnel d'entretien ménager a signalé que la moustiquaire endommagée de la fenêtre d'une autre salle à manger était présente depuis un certain temps.

Un membre du personnel d'entretien a indiqué qu'il était la personne qui s'occupait de l'entretien préventif du foyer. Le personnel d'entretien a indiqué qu'il ne vérifiait pas régulièrement les fenêtres pour s'assurer que la moustiquaire était en place et intacte, ou que les fenêtres ne pouvaient pas s'ouvrir de plus de 15 cm. Ce personnel a également déclaré que le personnel infirmier ou d'entretien ménager les informait de la nécessité de réparer les fenêtres, mais que cela n'était pas fait. Le personnel d'entretien a indiqué qu'il n'y avait pas d'entretien préventif prévu pour les fenêtres et qu'il ne savait pas que les moustiquaires des fenêtres étaient endommagées ou manquantes, ou que la butée de fenêtre n'était pas en place jusqu'à ce que l'inspectrice l'en avertisse.

L'inspectrice s'est entretenue avec la ou le DSE au sujet du calendrier d'entretien préventif des fenêtres. La ou le DSE a déclaré que le personnel de l'entretien ménager inspectait les fenêtres pendant le nettoyage et informait le service d'entretien si elles s'ouvraient à plus de 15 cm. L'inspectrice a interrogé trois membres du personnel de l'entretien ménager au sujet des fenêtres et leur a demandé s'ils vérifiaient si la fenêtre pouvait s'ouvrir de plus de 15 cm. Deux membres du personnel de l'entretien ménager ont indiqué qu'ils le faisaient à

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

l'occasion, mais pas systématiquement, et un membre du personnel de l'entretien ménager a indiqué qu'il ne le faisait pas du tout.

L'inspectrice a demandé un programme d'entretien préventif spécifiquement pour les fenêtres. La ou le DSE a reconnu qu'il n'y avait pas de programme de vérification des fenêtres ou d'entretien préventif au moment de l'inspection. En cas de problème avec les fenêtres, le personnel devait en informer le service d'entretien, ce qui n'était pas le cas.

Le fait que les moustiquaires ne soient pas en place, qu'elles ne soient pas en bon état ou que les fenêtres ne puissent pas s'ouvrir de plus de 15 cm présente des risques pour la sécurité des résidents.

Sources : Observation des fenêtres des résidents et de la salle à manger, entretiens avec une personne PSSP, un membre du personnel de l'entretien ménager, le personnel d'entretien, la ou le DSE et d'autres membres du personnel.

2) L'inspectrice a constaté que les cloisons sèches du plafond des toilettes du personnel n'étaient pas en bon état. Deux grandes zones du plafond avec des accessoires de plomberie apparents ont été observées. Une ou un IA a indiqué qu'il y avait déjà eu une fuite d'eau et que la réparation avait eu lieu il y a quelques mois. L'IA a indiqué que plusieurs demandes avaient été envoyées à la direction concernant l'état du plafond et le délai de fermeture du plafond, mais l'IA n'avait pas reçu de réponse directe.

La politique du foyer en matière d'entretien préventif indique que les mesures correctives seront mises en œuvre et achevées de manière opportune, efficace et efficace.

La ou le DSE a indiqué que les réparations du plafond nécessitaient l'intervention d'un prestataire de services sous contrat, qui s'est acquitté de sa tâche à une date déterminée. La ou le DSE a indiqué que le plafond avait été laissé ouvert pendant un certain temps pour vérifier s'il y avait d'autres fuites.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

Le DG par intérim a indiqué qu'il avait été décidé récemment de demander une rénovation complète des toilettes du personnel. La demande a été envoyée au siège de l'entreprise à une date déterminée.

Le DG par intérim a reconnu que le plafond des toilettes du personnel était resté ouvert pendant huit semaines sans qu'aucun plan d'action ne soit mis en place pour remédier au problème avant une date déterminée.

Sources : Observation des toilettes du personnel, politique des FSLD intitulée Programme d'entretien préventif V-C-10.00, dernière révision en novembre 2017, entretien avec une ou un IA, la ou le DSE, le DG par intérim et d'autres membres du personnel.

[189]

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

14 juin 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

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.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

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.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

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

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.