

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 5 juillet 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1167-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Maryban Holdings Ltd.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Oakwood Park Lodge, Niagara Falls	
<b>Inspectrice principale</b> Lisa Bos (683)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autre inspectrice</b> Cathy Fediash (214)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 19 au 21 et du 24 au 27 juin, et le 2 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Registre n° 00118670 – 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
- Conseils des résidents et des familles
- Alimentation, nutrition et hydratation
- 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

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## 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 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 visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit affichée dans le foyer.

#### **Justification et résumé**

La politique du foyer 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. La directrice des soins a confirmé que la politique n'avait pas été affichée. Le même jour, la politique a été placée dans le cartable de renseignements se trouvant à l'entrée principale du foyer.

**Sources :** Observation pendant une visite du foyer et entretien avec la directrice des soins [214]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer affiche une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.

**Justification et résumé**

Le foyer était tenu d'afficher une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28 de la *LRSLD* (2021). La directrice des soins a confirmé que les renseignements n'avaient pas été affichés. Le même jour, les renseignements ont été placés dans le cartable de renseignements se trouvant à l'entrée principale du foyer.

**Sources :** Observation pendant une visite du foyer et entretien avec la directrice des soins [214]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 juin 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

r) une explication des protections qu'offre l'article 30;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'explication du foyer des protections qu'offre l'article 30 de la *LRSLD* (2021) en ce qui concerne la protection des dénonciateurs soit 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

La politique de protection des dénonciateurs du foyer, qui comprenait une explication des protections offertes aux personnes, n'était pas affichée dans le foyer. La directrice des soins a confirmé que la politique n'avait pas été affichée. Le même jour, la politique a été placée dans le cartable de renseignements se trouvant à l'entrée principale du foyer.

**Sources :** Observation pendant une visite du foyer et entretien avec la directrice des soins [214]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 juin 2024

Problème de conformité n° 004 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Portes dans le foyer

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

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

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

**Justification et résumé**

On a observé que les portes menant à la salle du personnel du foyer n'étaient pas dotées d'un mécanisme de verrouillage pour empêcher l'accès non supervisé à cette salle par les personnes résidentes.

Des observations et un entretien avec l'administrateur ont révélé que, pour s'adapter aux exigences de la construction, le foyer avait déplacé la salle du personnel à l'emplacement actuel. Cet emplacement avait avant un mécanisme de verrouillage à clavier qui était connecté au panneau d'alarme-incendie 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

L'administrateur a confirmé que ces portes donnaient sur une aire non résidentielle et n'étaient pas dotées d'un verrou.

Le clavier numérique de ces portes qui donnait accès à la salle du personnel a été reconnecté. Maintenant, il empêche l'accès non supervisé à cette salle par les personnes résidentes.

Quand les portes qui donnent sur des aires non résidentielles ne sont pas dotées de verrous ou ne sont pas gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel, la sûreté et la sécurité des personnes résidentes risquent d'être compromises.

**Sources :** Observation des portes lors d'une visite du foyer; observations et entretiens avec l'administrateur [214]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 25 juin 2024

Problème de conformité n° 005 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte donnant accès à des toilettes du personnel soit dotée d'un verrou pour empêcher l'accès non supervisé à ce lieu par les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

La porte donnant accès à des toilettes du personnel n'était pas verrouillée et pouvait être ouverte sans clé. La sonnette d'appel à l'intérieur des toilettes était mal

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

réparée et il y avait un verrou à glissière qui pouvait être utilisé à partir de l'intérieur, mais qui ne pouvait pas être débloqué facilement à partir de l'extérieur en cas d'urgence.

L'administrateur a reconnu que les toilettes du personnel étaient une aire non résidentielle et que la porte devrait être verrouillée.

Le 20 juin 2024, on a observé que la porte était sécurisée et qu'il fallait une clé pour l'ouvrir.

**Sources** : Observations; entretien avec l'administrateur et d'autres membres du personnel [683]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 juin 2024

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

**Non-respect : de l'alinéa 24 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (4) Outre les exigences prévues au paragraphe (2), le titulaire de permis veille à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de résidents non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures :

(a) tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée une fois par jour entre 12 h et 17 h durant la période du 15 mai au 15 septembre 2024 pour une chambre d'une personne résidente où il n'y avait pas de climatisation installée.

**Justification et résumé**

Il n'y avait pas de climatisation installée dans une chambre d'une personne résidente, ce qui allait à l'encontre des préférences de cette dernière. Un examen des registres des températures intérieures du foyer de juin 2024 a révélé que les températures ambiantes n'avaient pas été mesurées dans la chambre chaque jour

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

entre 12 h et 17 h. Cela a été confirmé par l'administrateur. Le foyer a commencé à mesurer les températures ambiantes dans la chambre le 29 juin 2024.

**Sources :** Examen des registres des températures intérieures du foyer, entretien avec l'administrateur [683]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 29 juin 2024

Problème de conformité n° 007 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les menus quotidiens soient communiqués aux personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Les menus quotidiens n'étaient pas affichés dans une salle à manger des personnes résidentes, comme l'a confirmé une aide en diététique. Ils ont été placés par le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition le 24 juin 2024.

**Sources :** Observations de la salle à manger; entretien avec une aide en diététique et le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition [683]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 24 juin 2024

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

**Non-respect : de l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé.

**Justification et résumé**

Le foyer entreposait sa réserve de substances désignées d'urgence dans la salle d'entreposage des médicaments située dans une unité accessible aux personnes résidentes.

L'observation de cette salle d'entreposage et les entretiens avec la directrice des soins ont confirmé que les substances désignées n'avaient pas été entreposées dans un compartiment verrouillé à double tour et fixé en permanence dans l'endroit verrouillé.

Le 27 juin 2024, un mécanisme de verrouillage a été ajouté et le personnel de l'entretien avait sécurisé le compartiment.

Quand les substances désignées ne sont pas entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, la sécurité des stocks de substances désignées risque d'être compromise.

**Sources :** Observation de l'entreposage des substances désignées dans la salle d'entreposage des médicaments; entretien avec la directrice des soins [214]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 27 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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

**Non-respect : du paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité destiné au foyer soit préparé et publié sur le site Web de ce dernier.

**Justification et résumé**

L'administrateur a reconnu que le foyer n'avait pas produit de rapport sur l'amélioration constante de la qualité pour l'exercice précédent et a mentionné que le foyer était en train d'en produire un pour l'exercice en cours, qui n'était pas encore publié sur le site Web du foyer.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer a été publié sur le site Web du foyer le 2 juillet 2024.

**Sources :** Site Web du foyer, entretien avec l'administrateur [683]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 2 juillet 2024

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *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.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les directives données pour le régime alimentaire d'une personne résidente soient suivies, conformément au programme de soins de cette dernière.

**Justification et résumé**

Une personne résidente présentait un risque nutritionnel. On lui servait un aliment qui était incompatible avec les directives données pour son régime alimentaire, comme l'a confirmé une aide en diététique.

La personne résidente était exposée à un risque de préjudice quand les directives données pour son régime alimentaire n'étaient pas suivies.

**Sources :** Observation du dîner; dossier clinique d'une personne résidente; entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel, une aide en diététique et d'autres membres du personnel [683]

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

**Non-respect : Paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

**Justification et résumé**

Un examen des registres des températures intérieures du foyer d'une date de juin 2024 indiquait qu'une température ambiante inférieure à 22 degrés Celsius avait été mesurée dans six aires du foyer le matin et dix aires du foyer l'après-midi.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Il n'y avait pas de mesure prise consignée pour les températures ambiantes inférieures à 22 degrés Celsius, comme l'a confirmé l'administrateur.

**Sources :** Examen des registres des températures intérieures du foyer, entretien avec l'administrateur [683]

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

**Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dessert sous forme de purée soit offert et disponible conformément au menu planifié.

### **Justification et résumé**

Lors d'une observation du dîner, il a été constaté qu'il y avait deux choix de dessert sur le menu. Toutefois, il y avait seulement une option disponible pour les personnes résidentes ayant un régime à base de purée.

Le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition a reconnu qu'un membre du personnel avait oublié de faire le dessert sous forme de purée conformément au menu planifié.

Quand le foyer ne faisait pas le dessert sous forme de purée, les personnes ayant un régime à base de purée risquaient de ne pas recevoir leur dessert préféré.

**Sources :** Observations; examen du menu; entretien avec le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition et d'autres membres du personnel [683]

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments froids soient servis aux personnes résidentes à une température sûre.

### Justification et résumé

Le registre des températures des aliments servis du foyer indiquait que les aliments froids devaient être maintenus à une température inférieure à 40 degrés Fahrenheit. La politique sur la conservation et la distribution des aliments exigeait du personnel qu'il utilise des contenants isothermes ou de la glace pour garder les aliments froids. La politique sur les températures des aliments au point de service mentionnait que, si la température ne se situait pas dans la plage acceptable, le personnel responsable des régimes devait contacter le cuisinier afin d'obtenir de l'aide pour refroidir l'aliment du menu.

Les registres d'une date de juin 2024 indiquaient que le plat principal substitut et les salades régulière et émincée avaient une température se situant en dehors de la plage de températures recommandée.

Une aide en diététique a reconnu que les aliments froids n'étaient pas entreposés dans de la glace et qu'aucune mesure n'était prise pour que la température des aliments revienne dans la plage acceptable.

Quand les aliments froids n'étaient pas maintenus à une température inférieure à 40 degrés Fahrenheit conformément aux politiques du foyer, il y avait un risque qu'ils ne soient pas sécuritaires.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Registre des températures des aliments servis; politique sur la conservation et la distribution des aliments; politique sur les températures des aliments au point de service; entretien avec une aide en diététique et d'autres membres du personnel [683]

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes se fassent servir leur repas un plat après l'autre.

### **Justification et résumé**

A) Une personne résidente présentait un risque nutritionnel. Une ingestion de liquides devait être encouragée. La personne résidente s'est fait servir son plat principal avant sa soupe et s'est fait servir son dessert avant d'avoir terminé sa soupe et son plat principal.

Le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition a passé en revue le programme de soins de la personne résidente et a reconnu que cette dernière aurait dû se faire servir son repas un plat après l'autre.

Quand la personne ne se faisait pas servir son repas un plat après l'autre, il y avait un risque d'un apport de liquides et d'un apport calorifique insuffisants.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Observation du dîner; dossier clinique d'une personne résidente; entretien avec le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition et d'autres membres du personnel [683]

B) Une personne résidente présentait un risque nutritionnel et avait besoin d'une aide pour les repas. Elle se faisait servir son plat principal avant d'avoir commencé sa soupe et se faisait servir son dessert avant d'avoir terminé sa soupe et son plat principal.

Le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition a passé en revue le programme de soins de la personne résidente et a reconnu que cette dernière aurait dû se faire servir son repas un plat après l'autre.

Quand la personne résidente ne se faisait pas servir son repas un plat après l'autre, il y avait un risque d'apport calorique insuffisant.

**Sources :** Observation du dîner; dossier clinique d'une personne résidente; entretien avec le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition et d'autres membres du personnel [683]

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger et boire ne se fasse pas servir de repas avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir de l'aide.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger s'est fait servir son repas 21 minutes avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir de l'aide. Le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition a reconnu qu'il aurait dû y avoir quelqu'un de disponible pour aider la personne résidente avant que cette dernière se fasse servir.

Cela a possiblement eu une incidence sur la qualité de la nourriture servie à la personne résidente et/ou la dignité de cette dernière aux repas.

**Sources :** Observations; dossier clinique d'une personne résidente; entretien avec le gestionnaire du service d'alimentation et de la nutrition et d'autres membres du personnel [683]

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

La Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI), à la section 5.6, indiquait que le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des procédures soient en place pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces au moyen d'une approche de stratification des risques, et veiller à ce que les surfaces soient nettoyées à la fréquence requise.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Les Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition, du Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses indiquaient, à la section 3, Pratiques exemplaires de nettoyage pour les zones de soins des résidents, l'utilisation d'une approche fondée sur les risques.

Plusieurs politiques et procédures portant sur la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces au foyer ont été fournies.

L'une d'entre elles, la politique en matière de nettoyage et désinfection du matériel (*Cleaning and Disinfecting Equipment*), indiquait que le personnel devait nettoyer et désinfecter les surfaces en utilisant une approche de stratification des risques, afin de déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces.

D'autres politiques et procédures de nettoyage et de désinfection fournies indiquaient que le gestionnaire des services de soutien ou son remplaçant devait déterminer la fréquence du nettoyage ou n'indiquaient pas l'utilisation d'une approche de stratification des risques.

L'administrateur a indiqué qu'il n'y avait pas d'uniformité sur le plan de la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces dans les politiques et les procédures de nettoyage et de désinfection du foyer. Il a confirmé que la politique indiquant le nettoyage et la désinfection au moyen d'une approche de stratification des risques n'avait pas été mise en place au foyer et n'est pas parvenu à démontrer que les surfaces au foyer étaient nettoyées à la fréquence requise en utilisant cette approche.

L'omission d'inclure une approche fondée sur les risques dans les procédures de nettoyage et de désinfection du foyer pouvait rendre difficile la détermination de la fréquence requise du nettoyage et de la désinfection des surfaces visant à réduire la transmission potentielle de maladies.

**Sources :** Politique et procédures du foyer suivantes : procédures de nettoyage des salles de médicaments et des postes de soins infirmiers; procédure de nettoyage des salles à manger; routine de nettoyage (chambres des personnes résidentes et

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

toilettes); procédure de nettoyage des aires d'activité/de repos; procédure de nettoyage des corridors; politique en matière de nettoyage et de désinfection du matériel; entretien avec l'administrateur [214]

**AVIS ÉCRIT : Formation et orientation**

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 259 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de PCI exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit : c) les signes et symptômes des maladies infectieuses.

**Justification et résumé**

Le foyer utilisait la formation en ligne Surge Learning pour son cours d'orientation pour le personnel et le recyclage sur la PCI.

Un examen du plan du cours donné avec Surge Learning par le foyer pour la formation en matière de PCI de 2023 et des registres de la formation sur la PCI de 2023 a révélé que les documents de formation ne comprenaient pas les signes et symptômes des maladies infectieuses.

Les entretiens ont confirmé que la formation en matière de PCI ne comprenait pas les signes et symptômes des maladies infectieuses.

Ne pas inclure les signes et symptômes des maladies infectieuses dans la formation du personnel pouvait entraîner un retard dans l'identification des infections potentielles visant à prendre des mesures en temps opportun pour assurer le bien-être des personnes résidentes et réduire ou prévenir la propagation d'infections.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Examen du plan du cours sur la PCI donné avec Surge Learning par le foyer en 2023; examen des registres de la formation en matière de PCI donnée au personnel en 2023; entretien avec le responsable de la PCI et d'autres personnes [214]