

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 London**  
130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 27 novembre 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1473-0005
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> Henley Place Limited
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Henley Place, London

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Le 31 octobre 2024 et les 1<sup>er</sup>, 4, 5, 7, 8, 12 et 13 novembre 2024, celle du 6 novembre 2024 s'étant déroulée à la fois sur place et à l'extérieur.

Les plaintes suivantes faisaient l'objet de l'inspection :

plaintes 00125984 et 00130985 concernant le manque de personnel;  
plainte 00130784 et 00131212 concernant le manque de personnel et la tenue des locaux;  
plainte 00126799 concernant une allégation de mauvais traitements;  
plainte 00124035/incident critique (IC) 3045-000075-24 concernant une prise de médication ayant nécessité un transfert à l'hôpital;  
plainte 00125937/IC 3045-000081-24 concernant des soins liés à l'incontinence;  
plainte 00128557/IC 3045-000086-24 concernant le service de restauration et de collations;  
plainte 00128890/IC 3045-000087-24 concernant la prévention et la gestion des chutes;  
plainte 00129308/IC 3045-000088-24 concernant une épidémie déclarée;  
plainte 00130855/IC 3045-000092-24 et plainte 00126807 concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal et physique.

Les plaintes suivantes ont été traitées lors de cette inspection :

plainte 00125538/IC 3045-000079-24 concernant la fin d'une épidémie;  
plainte 00128134/IC 3045-000085-24 et plainte 00130237/IC 3045-000089-24 concernant la prévention et la 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 London**  
130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)  
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)  
Gestion des médicaments (Medication Management)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 - rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect de : 6 (1) (c) de la LRSLD (2021)**

Plan de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

(c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des directives claires soient données au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Justification et résumé**

À une date précise, il a été observé qu'une personne résidente utilisait un appareil d'assistance à une position inapproprié.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a montré qu'elle utilisait un type précis d'appareil d'assistance en raison de son état physique. Le programme de soins n'indiquait pas comment l'appareil devait être positionné ni quelles étaient ses fonctions. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que le personnel devait l'aider à se déplacer en utilisant l'appareil d'assistance, sans fournir d'instructions claires sur la façon de le positionner.

Lors d'un entretien, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que l'appareil d'assistance était positionné pour le confort de la personne résidente et pour l'empêcher de se déplacer elle-même. La PSSP a indiqué qu'elle positionnait l'appareil selon les besoins.

Cependant, après avoir examiné le dossier clinique de la personne résidente, la directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI)/responsable des chutes a confirmé que l'appareil ne devait pas être repositionné pour quelque raison que ce soit.

À une date ultérieure, les dossiers du point de service ont été mis à jour pour indiquer au personnel de ne pas repositionner l'appareil d'assistance pour la personne résidente, et une carte visuelle a été affichée pour souligner l'information.

**Sources** : Dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec le personnel et la ou le DASI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 13 novembre 2024

**AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

Non-conformité n° 002 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections  
102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient prises dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (FSLD), révisée en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI stipule que le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de routine et les précautions supplémentaires soient suivies dans le cadre du programme de PCI. Au minimum, selon l'alinéa 9.1 d), les pratiques de routine doivent inclure l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

Plus précisément, le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) retire son EPI après avoir quitté la chambre d'une personne résidente qui était positive à la COVID-19 et pour qui il fallait prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts. L'IAA a ensuite aidé une autre personne résidente pour laquelle aucune précaution supplémentaire ne devait être prise.

**Justification et résumé**

Une éclosion de COVID-19 a été déclarée dans le foyer de soins de longue durée et était toujours en cours lors de l'inspection. Les protocoles du foyer indiquent qu'un respirateur N95 et une protection oculaire sont obligatoires dans les secteurs de l'établissement touchés par une éclosion de COVID-19.

Lors des observations effectuées dans un secteur du foyer touché par l'épidémie, on a observé l'IAA en train de sortir de la chambre d'une personne résidente sur laquelle des affiches indiquaient que la personne résidente était soumise à des précautions contre les gouttelettes et à des mesures d'isolement, parce qu'elle était positive au COVID-19. Cette personne n'a pas retiré son masque respiratoire N95 ni sa protection oculaire. L'IAA est entrée dans la chambre d'une personne qui ne faisait pas l'objet de précautions d'isolement, lui a fourni des soins directs, puis est sortie de la chambre sans retirer son masque N95 ni sa protection oculaire.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

La politique de prévention des infections du foyer, intitulée « Annexe II : Lignes directrices - Précautions contre les gouttelettes et les contacts » stipule que les pratiques de routine doivent être suivies à tout moment et que l'EPI doit être changé après les procédures, entre les personnes résidentes, ou en cas de forte contamination/déchirure/éclatement au cours d'une procédure.

La ou le DASI a confirmé que des affiches relatives aux précautions à prendre en cas de contact avec des gouttelettes seraient apposées dans la chambre des personnes résidentes positives à la COVID-19. L'inspecteur ou l'inspectrice a examiné la politique du foyer concernant le retrait de l'EPI et a demandé quelles étaient les pratiques de routine pour le retrait du masque respiratoire N95 et de la protection oculaire à la sortie de la chambre d'une personne résidente positive à la COVID-19. La ou le DASI a déclaré qu'en théorie, le membre du personnel devait retirer tout l'EPI, mais qu'il ne retirait que la blouse et les gants tout en gardant le masque N95 et la protection oculaire. Elle ou il a ajouté que si le masque N95 était souillé ou mouillé, ou si le membre du personnel partait en pause, il était obligatoire de retirer le masque. La ou le DASI a vérifié ces informations auprès du conseiller en contrôle des infections du foyer.

Ce dernier a confirmé que la meilleure pratique consistait à retirer tout l'EPI, y compris les lunettes de protection et le masque N95, à la sortie d'une salle visée par des mesures de précaution contre les gouttelettes et les contacts. Il a déclaré que, selon les recommandations de Santé publique Ontario (SPO) ou ce que le conseiller en contrôle des infections avait mis en œuvre, le personnel devait mettre de l'EPI neuf avant d'entrer dans la chambre d'une autre personne résidente.

Lorsque l'IAA n'enlevait pas tout l'EPI après s'être occupée d'une personne résidente faisant l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts, le risque de transmission de maladies infectieuses était accru.

**Sources** : Observations du secteur du foyer et du personnel; examen de la Norme de PCI et de l'annexe II de la politique interne du foyer (Lignes directrices - Précautions contre les gouttelettes et les

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**  
130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

contacts); entretien avec le conseiller en contrôle des infections du  
foyer et la ou le DASI.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

**Non-respect de : 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au  
minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en  
atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le  
réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de  
méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation  
d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires  
fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au suivi du programme de  
prévention et de gestion des chutes, en particulier l'obligation pour  
le personnel de remplir une évaluation trimestrielle sur le risque de  
chute d'une personne résidente.

Au titre de l'alinéa 11 (1) b) du *Règlement de l'Ontario 246/22*, le  
titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le foyer mette en  
œuvre un programme de prévention et de gestion des chutes et que ce  
programme soit respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté les exigences énoncées  
dans la politique du foyer relative au programme de prévention et de  
gestion des chutes concernant la réalisation d'évaluations  
trimestrielles du risque de chute.

**Justification et résumé**

Un examen de la politique du foyer relative au programme de prévention  
et de gestion des chutes stipule qu'une évaluation complète du risque  
de chute doit être réalisée tous les trimestres pour chaque personne  
résidente dans le Point Click Care (PCC).

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a révélé que  
cette dernière avait chuté à de multiples reprises. Selon son dossier,

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

elle n'avait pas fait l'objet d'une évaluation trimestrielle du risque de chute. La première évaluation avait été réalisée au moment de son admission et la suivante à une date ultérieure, après qu'elle se soit blessée lors d'une chute.

La ou le DASI/responsable des chutes a confirmé que les évaluations trimestrielles requises n'avaient pas été effectuées entre l'admission et la date de la chute.

Le fait de ne pas avoir effectué les évaluations des risques de chute requises a mis la personne résidente en danger, car le personnel n'était peut-être pas pleinement conscient des risques de chute.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente; politique de prévention et gestion des chutes du foyer; entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

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

Programme de soins

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

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

**Justification et résumé**

Le foyer a soumis à la directrice un incident critique indiquant qu'une personne résidente n'avait pas reçu les soins nécessaires.

Faute d'avoir reçu les soins prescrits et nécessaires à l'époque, la personne résidente a été abandonnée à la douleur et à l'inconfort.

**Sources** : Dossier clinique d'une personne résidente; dossier d'enquête du foyer; rapport du système des incidents critiques; entretiens avec le personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

**Non-respect de : 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

**Justification et résumé**

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a montré qu'une évaluation initiale de l'intégrité épidermique d'une zone altérée avait été réalisée à une date précise avec l'application « Soins de la peau et des plaies ». Cependant, la documentation dans Point Click Care (PCC) indique qu'aucune évaluation hebdomadaire de la peau n'a été effectuée après cette date, jusqu'à la cicatrisation de la zone.

La politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies prévoyait que si une nouvelle altération de la peau était constatée, une évaluation des plaies devait être réalisée avec l'application des soins de la peau et des plaies du dossier médical électronique. En outre, une réévaluation hebdomadaire de la plaie est nécessaire jusqu'à ce que sa guérison soit effective.

Le responsable des soins de la peau et des plaies et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) ont confirmé qu'après avoir examiné la documentation dans PCC et l'application des soins de la peau et des plaies, aucune réévaluation hebdomadaire de la peau n'avait été effectuée pour la personne résidente à la suite de l'altération de l'intégrité épidermique. Ils ont reconnu que le personnel était censé procéder à ces réévaluations hebdomadaires



**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée. L'IA a également fait remarquer qu'une note d'évolution aurait dû être rédigée si la personne résidente refusait l'évaluation ou s'il y avait une raison quelconque pour laquelle la réévaluation hebdomadaire n'avait pas été effectuée.

L'absence de réévaluation hebdomadaire n'a pas eu d'incidence sur la cicatrisation de la zone d'intégrité épidermique de la personne résidente, car la plaie a cicatrisé.

**Sources** : Examen du dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport  
d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi**

Problème de conformité n° 006 - avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : 112 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi 112 (3) S'il n'est pas possible de fournir tout ce qu'exige le paragraphe (1) dans un rapport dans les 10 jours, le titulaire de permis fait un rapport préliminaire au directeur dans ce délai et lui présente un rapport final dans le délai que précise le directeur.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'en présence d'un incident déclaré de comportements réactifs chez une personne résidente ayant eu une incidence sur plusieurs personnes résidentes, un rapport final soit soumis à la directrice ou au directeur dans le délai réglementaire de 10 jours.

**Justification et résumé**

Un incident a été signalé au moyen du système de rapport d'incidents critiques en dehors des heures de travail, faisant état de mauvais traitements présumés entre personnes résidentes. La documentation dans Point Click Care (PCC) a confirmé que les comportements d'une personne résidente ont affecté plusieurs autres personnes résidentes, dont une a été blessée.

La consultation du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n'a pas permis de trouver un rapport final sur l'incident critique. Un

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

rapport final doit inclure une description de l'incident, les personnes impliquées, les mesures prises en réponse à l'incident, ainsi qu'une analyse et des mesures de suivi. Selon les exigences du ministère des Soins de longue durée en matière de rapports pour les foyers de SLD, un rapport final doit être soumis à la directrice ou au directeur dans les 10 jours suivant la date à laquelle le foyer a pris connaissance de l'incident, s'il ne peut pas être rédigé immédiatement.

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé que la directrice générale ou le directeur général (DG) lui avait demandé de signaler l'incident au Ministère. La ou le DG a déclaré ne pas être au courant que des personnes résidentes ont été affectées ou blessées par l'incident ou par les comportements réactifs d'une personne résidente. La ou le DG a dit ne pas savoir pourquoi l'IC n'a pas été soumis.

En ne veillant pas à ce qu'un incident de mauvais traitement présumé soit signalé de façon appropriée à la directrice ou au directeur, le foyer a manqué l'occasion d'enquêter, de réagir et de prendre les mesures appropriées en temps opportun.

**Sources** : Dossiers cliniques de plusieurs personnes résidentes; entretiens avec le personnel et la ou le DG.

**ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ N° 001 Service de  
restauration et de collations**

Problème de conformité n° 007 - ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Service de restauration et de collation

Par. 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.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de  
respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la 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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis doit :

A) Examiner et réviser les politiques et procédures du foyer en matière de service de restauration et de collation, ainsi que les températures au point de service, afin de garantir que les aliments et les boissons servis à tous les repas le sont à des températures sûres et appétissantes. Les politiques et procédures doivent inclure les éléments suivants :

- des paramètres pour des températures sûres et appétissantes lors du service de boissons et d'aliments chauds;
- des informations sur les températures qui garantissent la sécurité, le confort et la satisfaction des personnes résidentes, ainsi que sur la manière d'atteindre des températures sûres et appétissantes;
- un processus de mise en œuvre de mesures correctives, si nécessaire, pour garantir que les boissons chaudes sont servies à une température sûre et appétissante.

B) Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer que les personnes résidentes reçoivent des aliments et des liquides sécuritaires et appétissants, conformément aux politiques et aux procédures révisées du foyer.

C) Les vérifications doivent être effectuées au moins une fois par semaine, jusqu'à ce que l'application de cet ordre de conformité soit vérifiée par un inspecteur. Veiller à ce que les vérifications incluent les dates, le nom du membre du personnel contrôlé et la signature du membre du personnel effectuant la vérification, ainsi que toute mesure corrective prise si des problèmes sont relevés au cours du processus de vérification.

D) Fournir une formation à l'ensemble du personnel chargé de la restauration, aux personnes préposées au soutien personnel (PSSP) et à toutes les autres personnes susceptibles d'intervenir au point de service de la restauration. Conserver un registre du contenu de la formation, des dates, des noms du personnel et de la signature, ainsi que de la personne qui a dispensé la formation.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Motifs**

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les aliments liquides et solides soient servis à une température sûre et appétissante pour deux personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice ou au directeur concernant une personne résidente qui s'est blessée à cause d'un aliment chaud.

Le registre du point de service de la température des aliments du foyer à la date de la blessure indiquait que la température de l'aliment était de 169 degrés Fahrenheit.

Une personne préposée aux services de soutien (PSSP) a déclaré qu'elle servait le déjeuner dans la salle à manger à cette date précise et qu'elle a été informée que la personne résidente était entrée en contact avec l'aliment brûlant. La PSSP a déclaré que la personne résidente s'était plainte de vive voix de la chaleur excessive de l'aliment. Lorsqu'on lui a demandé si le foyer disposait de procédures écrites à suivre pour s'assurer que les aliments chauds sont servis à une température sûre, la PSSP a répondu par la négative, du moins pas à sa connaissance. La PSSP a déclaré que la nourriture servie le jour de l'incident était chaude au point d'avoir blessé la personne résidente.

D'après les notes d'évolution de la personne résidente, la blessure n'a été évaluée par le personnel infirmier que le lendemain, lorsque deux PSSP l'avaient constatée lors des soins du matin. Une autre PSSP a déclaré qu'il aurait fallu en informer l'infirmière au moment où l'incident s'était produit.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur ou l'inspectrice a été informé qu'une autre personne résidente s'était blessée avec un liquide chaud pendant le service de restauration. Le dossier clinique de cette personne résidente indique que la blessure a été suivie pour détecter une altération de la peau. Le registre du point de service de la température des aliments n'indique aucune température documentée pour le liquide.

La politique du foyer sur la température des aliments au point de service, datée de mai 2023, ne contenait pas d'informations

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

particulières sur les températures sûres des aliments ni de procédures à l'intention du personnel pour s'assurer que les personnes résidentes reçoivent des aliments sûrs et appétissants. La politique indique que la température des aliments doit être d'au moins 140 degrés Fahrenheit pour les aliments chauds, mais ne précise pas la température maximale.

Le directeur ou directrice des soins infirmiers a confirmé que la politique du foyer ne précisait pas la chaleur maximale des aliments chauds avant le service et qu'il n'y avait pas de directives à l'intention du personnel sur la manière de s'assurer que les aliments sont servis aux personnes résidentes à une température sûre et appétissante.

Aucune procédure écrite n'est fournie pour garantir que les aliments et les liquides sont servis à une température sûre et appétissante, ce qui a eu des conséquences pour deux personnes résidentes qui se sont blessées avec des aliments solides et liquides chauds.

**Sources** : Rapports d'incident critique; dossier de santé électronique d'une personne résidente; politique du titulaire de permis sur la température des aliments au point de service; journal de température des aliments; entretiens avec les personnes préposées aux services de soutien personnel et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;

**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 London**  
130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 (par. 155) ou l'APA (par. 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 suivants 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 la santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).