

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 23 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1136-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Caessant Care on Mary Bucke,
St. Thomas

Inspectrice principale

Julie Lampman (522)

Signature numérique de l'inspectrice

Autres inspectrices

Loma Puckerin (705241)

Christie Birch (740898)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 26, 29 et 30 avril 2024 et les 1^{er}, 2, 3 et 6 mai 2024

Les inspections concernaient :

- Inspection : n° 00113475 – 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

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Amélioration de la qualité
Droits et choix des résidents
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

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

Problème de conformité n° 001 Corrigé aux termes du paragraphe 154 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places soit mise en œuvre dans le cadre des politiques et des marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait,

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

établit ou par ailleurs met en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci : soient respectés.

Selon la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places, une demande d'orientation auprès des services d'alimentation doit être présentée pour tout changement apporté au plan de table.

L'inspectrice n° 522 a observé le service des repas dans la salle à manger principale. Il a été constaté qu'une personne résidente était assise à une place différente de celle indiquée dans le plan de table mis à jour quatre jours plus tôt.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 123 a aidé l'inspectrice n° 522 à identifier la personne résidente. La PSSP n° 123 a reconnu que le plan de table n'était pas exact et que les trois personnes résidentes étaient assises à des places différentes de celles indiquées dans le plan de table.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il était chargé de tenir à jour le plan de table et que le personnel devait l'informer de toute demande de changement. Il a ajouté que les nouveaux membres du personnel doivent utiliser le plan pour déterminer où les personnes résidentes sont assises. Il a mis à jour le plan de table le 2 mai 2024 afin d'indiquer les bonnes places à table pour la personne résidente et les autres personnes résidentes.

Sources : Observations du service de repas du midi, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places LTC-NUTR-S4-100.0, dont la date de révision est le 30 janvier 2024, et du plan de table de la salle à manger principale, et entretiens avec la PSSP n° 123 ainsi qu'avec le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux. [522]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 2 mai 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

Non-respect : de l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places soit mise en œuvre dans le cadre des politiques et des marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci : soient respectés.

Selon la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places, une demande d'orientation auprès des services d'alimentation doit être présentée pour tout changement apporté au plan de table.

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

L'inspectrice n° 522 a observé le service des repas dans la salle à manger principale. Il a été constaté qu'une autre personne résidente était assise à une place différente de celle indiquée dans le plan de table mis à jour quatre jours plus tôt.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il était chargé de tenir à jour le plan de table et que le personnel devait l'informer de tout changement demandé. Il a ajouté que les nouveaux membres du personnel doivent utiliser le plan pour déterminer où les personnes résidentes sont assises. Il a mis à jour le plan de table le 3 mai 2024 afin d'indiquer la bonne place à table de la personne résidente.

Sources : Observations du service de repas du midi, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le plan de table et la rotation des places LTC-NUTR-S4-100.0, dont la date de révision est le 30 janvier 2024, et du plan de table de la salle à manger principale, et entretiens avec la PSSP no 123 ainsi qu'avec le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux. [522]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 3 mai 2024

AVIS ÉCRIT : Droits des résidents

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

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 :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit d'une personne résidente d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes.

Justification et résumé

Les inspectrices n° 522 et n° 705241, qui étaient assises dans la petite salle d'activités, ont entendu une voix forte. Elles ont ouvert la porte de la salle d'activité et ont vu un membre du personnel en compagnie d'une personne résidente. Les inspectrices ont entendu le membre du personnel parler d'une voix brusque et forte avec la personne résidente.

Selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci a des comportements réactifs et elle refuse les soins ou y résiste. Les interventions comprenaient l'utilisation d'une verbalisation appropriée (voix calme, articulée, langage simple) pour donner l'exemple à la personne résidente. Les membres du personnel ne devaient pas exprimer verbalement leur impatience à l'égard de la personne résidente et, si cette dernière refusait les soins, il devait la laisser et l'approcher de nouveau plus tard.

La personne résidente a déclaré à l'inspectrice n° 522 que le membre du personnel lui avait mis la pression, qu'il ne lui avait pas laissé le temps et qu'il l'avait pressée.

Le membre du personnel a déclaré qu'il n'avait pas l'impression d'avoir été brusque avec la personne résidente et a reconnu que le programme de soins de la personne résidente stipulait qu'il fallait laisser la personne résidente et revenir vers elle plus tard si elle refusait les soins.

Sources : Observation des interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et entretiens avec la personne résidente, un membre du personnel et la directrice générale. [522]

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit d'une personne résidente d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes.

L'inspectrice n° 522 a observé une personne résidente dans le couloir. Un membre du personnel a dit à la personne résidente qu'elle était dans le chemin et devait se déplacer, puis il a ajouté que la personne résidente déferait le travail qu'il avait effectué.

La personne résidente a déclaré qu'elle avait laissé le commentaire du membre du personnel entrer par une oreille et sortir par l'autre. Elle a ajouté qu'elle ne se laissait pas perturber par ces commentaires, car elle savait que le personnel ne faisait que son travail.

Le membre du personnel a déclaré qu'il n'avait pas voulu dire quoi que ce soit en faisant ce commentaire à la personne résidente.

La directrice générale a déclaré qu'elle avait entendu le commentaire du membre du personnel et que cette remarque était inacceptable. Elle a ajouté qu'elle ne s'attendait pas à ce que le membre du personnel parle à la personne résidente de cette façon, car il s'agit du domicile de la personne résidente.

Il n'y a pas eu d'impact sur la personne résidente, qui a déclaré ne pas se laisser perturber par des commentaires de ce genre.

Sources : Observations des interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et entretiens avec une personne résidente, un membre du personnel et la directrice générale. [522]

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Formation

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 82 (4) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Paragraphe 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel reçoive une formation annuelle sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence du foyer.

Justification et résumé

Selon le rapport du foyer concernant le cours de formation accélérée sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'intention des membres du personnel, seulement 98,4 % (63 personnes sur 64) d'entre eux ont suivi la formation requise pour 2023, tandis que 1,6 % (1 personne sur 64) ne l'a pas suivie.

Le directeur des soins a confirmé que l'ensemble du personnel n'avait pas suivi la formation sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence requise pour 2023.

Sources : Examen des dossiers d'apprentissage accéléré du foyer et entretien avec le directeur des soins. [705241]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé reçoive une séance de recyclage annuel sur la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

L'examen concernant le suivi des cours accélérés sur la PCI en 2023 a révélé qu'un membre du personnel autorisé n'avait pas suivi la formation obligatoire suivante : formation sur la PCI, novembre 2022; évaluation des risques personnels pour les soins de longue durée en matière de PCI; nettoyage des commodes, des fauteuils roulants et des ascenseurs; signes et symptômes de l'infection.

Le membre du personnel autorisé a déclaré qu'il avait repris le travail en 2023 et qu'on lui avait dit qu'il devait suivre la formation sur la PCI avant de reprendre le travail, mais qu'il ne l'avait pas fait.

Le directeur des soins a déclaré qu'il avait été demandé au membre du personnel autorisé de suivre la formation sur la PCI avant qu'il ne reprenne son travail à l'étage et qu'il lui avait envoyé des rappels pour qu'il suive la formation.

Sources : Examen concernant le suivi des cours accélérés sur la PCI en 2023, et entretiens avec un membre du personnel autorisé et le directeur des soins. [522]

AVIS ÉCRIT : PORTES DANS LE FOYER

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

Non-respect : de la disposition 2 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 :

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur, y compris les balcons et les terrasses, soient dotées de verrous pour leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Justification et résumé

1) Lors d'une visite initiale du foyer, les inspectrices n° 522 et n° 705241 ont remarqué que la porte au bout de l'un des couloirs n'était pas verrouillée. Les inspectrices ont ouvert la porte, ce qui a déclenché une alarme, puis elles ont pu ouvrir l'issue de secours qui donnait sur une petite aire sécuritaire à l'extérieur du foyer qui était en pente et comportait de grands arbustes.

La directrice générale a reconnu que cette aire à l'extérieur n'était pas sécuritaire pour les personnes résidentes et que la porte y donnant devrait être verrouillée. La directrice générale a déclaré que lorsque la porte de sortie s'ouvrait, elle déclenchait une alarme qui ne pouvait être désactivée qu'après la saisie d'un code.

2) La petite porte de la salle d'activités était également déverrouillée. La porte déclenchait une alarme lorsqu'elle était ouverte et donnait sur une aire sécuritaire à l'extérieur comprenant une terrasse et une cour. La directrice générale a essayé de verrouiller la porte, sans succès.

Selon le rapport sur la liste des tâches d'entretien des serrures de porte et des alarmes, le personnel d'entretien doit vérifier toutes les serrures de porte à clavier pour assurer la sécurité du foyer et confirmer que toutes les alarmes de porte sont fonctionnelles, ainsi que les portes extérieures.

Les vérifications quotidiennes d'entretien effectuées au cours du mois dernier n'ont révélé aucun problème concernant la porte de sortie ou la porte de la petite salle d'activités, même après que les inspectrices ont mentionné ces problèmes.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il ne savait pas depuis combien de temps les issues de secours étaient déverrouillées et qu'aucun problème n'avait été porté à son

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

attention. Il a examiné les vérifications quotidiennes d'entretien et a reconnu qu'elles n'indiquaient pas que la porte d'issue de secours ne se verrouillait pas actuellement.

Le membre du personnel d'entretien n° 110 a déclaré qu'il était de sa responsabilité d'inspecter les portes du foyer, y compris les serrures, les claviers et les alarmes. Il a ajouté qu'il ne s'était pas rendu compte qu'il vérifiait mal les serrures des issues de secours et qu'il n'appuyait que sur le haut de la porte et non sur la barre de poussée pour voir si la porte était verrouillée. Il a affirmé qu'il pensait que la vérification avait pour but de s'assurer que les gens ne pouvaient pas entrer dans le foyer.

La directrice générale a reconnu que la porte de la petite salle d'activité et la porte d'issue de secours devaient être verrouillées. Elle a déclaré qu'elle s'attendait à ce que le membre du personnel d'entretien n° 110 effectue des vérifications appropriées des portes verrouillées, des alarmes et des portes d'accès avec code.

Le risque pour les personnes résidentes est faible, car les portes donnent sur des aires sécuritaires à l'extérieur et sont dotées d'alarmes.

Sources : Observations du foyer, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant un foyer sûr et sécuritaire n° LTC-ENVIR-S1-70.0, révisée pour la dernière fois le 29 janvier 2024, vérifications quotidiennes d'entretien et du rapport de la liste des tâches d'entretien, et entretiens avec le membre du personnel n° 110, le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux et la directrice générale. [522]

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect : de l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent 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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer relative au contrôle de la température des congélateurs soit mise en œuvre.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci : soient respectés.

La politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle de la température des congélateurs indique que la température des congélateurs doit se situer entre -25 °C et -18 °C. Si les températures sont supérieures ou inférieures aux niveaux acceptables, elles doivent être signalées au gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition et, en son absence, à l'infirmière responsable, afin de déterminer les mesures à prendre, le cas échéant.

À deux reprises, le congélateur à légumes situé dans le couloir de service, accessible depuis une aire des personnes résidentes, a été trouvé non verrouillé.

Les températures du congélateur à légumes ont été examinées pour le mois d'avril 2024, et il a été noté qu'à une occasion, la température relevée l'après-midi était de -14,5 °C. Le registre indiquait qu'il fallait continuer à prendre la température toutes les demi-heures. Aucune mesure corrective ni aucun relevé de température supplémentaire n'ont été notés sur le formulaire.

L'aide-diététiste n° 119 a déclaré avoir pris la température de l'après-midi à la date indiquée. Il a ajouté qu'il n'avait pas signalé que la température était supérieure à la norme, car il pensait que la fourchette se situait entre -25 °C et -10 °C.

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré que si la température du congélateur se situait en dehors de la plage de -25 °C à -18 °C, le personnel devait la reprendre toutes les demi-heures et toutes les heures. Si la température se situait toujours en dehors de la fourchette, le personnel devait l'avertir ou avertir le personnel autorisé s'il n'était pas sur place, en vue de prendre des mesures correctives.

Sources : Observations dans le foyer, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle de la température des congélateurs n° LTC-NUTR-S1-80.0, révisée pour la dernière fois le 13 février 2023, et du registre de la température des congélateurs du foyer, et entretiens avec l'aide-diététiste n° 119, le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux et la directrice générale. [522]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer en matière de contrôle de la température des aliments destinés aux personnes résidentes soit mise en œuvre dans le cadre des politiques et des marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 522 a observé les services de repas dans la salle à manger principale. Il y a eu deux services de repas, à environ une heure d'intervalle.

Selon la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle de la température des aliments destinés aux personnes résidentes, les températures des aliments chauds en purée texturée, des céréales chaudes ainsi que de la soupe ordinaire et en purée texturée doivent être relevées et consignées sur le formulaire de température des aliments immédiatement avant d'être servies.

L'examen du registre des températures des aliments de la salle à manger principale a révélé qu'aucune température n'avait été prise pour les aliments avant le deuxième service.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

L'aide-diététiste n° 122 et le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux ont déclaré que le foyer ne prenait pas la température des aliments avant le deuxième service de repas. Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il modifierait la pratique actuelle pour inclure cette prise de température.

Sources : Examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle de la température des aliments destinés aux personnes résidentes n° LTC-NUTR-S2-185.0, dont la date de révision est le 1^{er} mars 2023, et du registre des températures des aliments, et entretiens avec l'aide-diététiste n° 122 et le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux. [522]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes 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 le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants : Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Selon le registre des températures des aliments d'un repas, la température de la soupe était de 80 °C et le plat principal et l'accompagnement principal étaient

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

également au-dessus de la température de service recommandée de 70 °C.
Aucune température n'a été consignée pour les abricots réfrigérés.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré que le personnel était tenu de prendre la température des plats chauds et, si elle était supérieure à 70 °C, de les remuer jusqu'à ce qu'ils atteignent la température appropriée. La température doit être consignée dans le registre des températures des aliments, ainsi que les mesures prises. Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré que la température des abricots réfrigérés aurait également dû être relevée et consignée dans le registre des températures des aliments avant que les abricots ne soient servis.

Sources : Examen du registre des températures des aliments, de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle des températures des aliments n° LTC-NUTR-S2-180.0, dont la date de révision est le 1^{er} mars 2023, et de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le contrôle des températures des aliments destinés aux personnes résidentes n° LTC-NUTR-S2-185.0, dont la date de révision est le 1^{er} mars 2023, et entretien avec un aide-diététiste et le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux. [522]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes 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).

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI.

Conformément à la section 10.1 des exigences supplémentaires de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022) : Le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool à 70-90 % (DMBA). Ces agents doivent être facilement accessibles aux points de service et dans les autres aires communes et réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs à une personne résidente doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer, il a été constaté que deux chambres de personnes résidentes faisaient l'objet de précautions supplémentaires. Il s'agissait de chambres de personnes résidentes partagées. Une observation plus poussée a permis de constater qu'il n'y avait pas de DMBA dans les chambres des personnes résidentes dans l'ensemble du foyer.

Selon la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le programme d'hygiène des mains, les distributeurs de DMBA devaient être placés dans des endroits pratiques dans l'ensemble du foyer. Il a été recommandé d'installer des distributeurs de DMBA aux points de service et dans les autres aires communes et aires réservées aux personnes résidentes, dans les aires de travail où il est nécessaire de se laver les mains et auprès du personnel qui s'occupe directement des personnes résidentes. L'installation sur le mur extérieur adjacent à l'entrée de la chambre d'une personne résidente a été privilégiée. La politique du foyer fait référence aux Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition de Santé publique Ontario (SPO).

Selon les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif du ministère de la Santé, en vigueur à compter d'avril 2024, l'hygiène des mains doit être effectuée

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

conformément aux Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition de SPO.

Selon la 4^e édition des Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé de SPO, les distributeurs de DMBA doivent être placés au point de service dans toutes les aires où des soins sont fournis aux personnes résidentes, sauf lorsque la sécurité du patient pourrait être compromise. Les produits d'hygiène des mains doivent être accessibles au personnel et se trouver aussi près que possible, c'est-à-dire à portée de main de l'endroit où le contact avec les personnes résidentes a lieu.

La PSSP n° 115 a déclaré qu'il n'y avait pas de DMBA dans les chambres des personnes résidentes et que, lorsqu'elle prodiguait des soins aux personnes résidentes, elle devait se rendre dans le couloir jusqu'au distributeur de DMBA installé à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente pour se désinfecter les mains entre les différents soins aux personnes résidentes.

Le directeur adjoint des soins/responsable de la PCI a reconnu qu'aucun DMBA n'était disponible dans les chambres des personnes résidentes. Il a déclaré que le personnel est tenu de terminer les soins à une personne résidente, sortir de la chambre, se désinfecter les mains, puis retourner dans la chambre pour terminer les soins à l'autre personne résidente qui s'y trouve. Il a ajouté qu'il considérait l'accès au DMBA dans les couloirs comme un point de service. Il a confirmé que le personnel n'emportait pas de DMBA.

Sources : Observation de l'installation de distributeurs de DMBA dans l'ensemble du foyer, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant le programme d'hygiène des mains n° LTC-IPAC S12-10.0, révisée pour la dernière fois le 27 octobre 2023, des Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosons dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, en vigueur à compter d'avril 2024 et des Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition, et entretiens avec la PSSP n° 115 et le directeur adjoint des soins/responsable de la PCI. [522]

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI.

Justification et résumé

Conformément à la section 11.6 des exigences supplémentaires de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022) : le titulaire de permis doit afficher à l'entrée et dans l'ensemble du foyer les signes et les symptômes des maladies infectieuses pour l'autosurveillance ainsi que les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Lors d'une première visite du foyer, il a été constaté qu'il n'y avait qu'une affiche à l'entrée du foyer indiquant les signes et symptômes des maladies infectieuses pour l'autosurveillance ainsi que les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne. Il n'y avait aucune autre affiche dans le foyer.

Le directeur adjoint des soins/responsable de la PCI a déclaré que le foyer était petit et qu'il n'avait pas connaissance d'autres affiches dans l'ensemble du foyer indiquant les signes et symptômes des maladies infectieuses pour l'autosurveillance.

Sources : Observations du foyer en matière de PCI et entretien avec le directeur adjoint des soins/responsable de la PCI. [522]

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

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

Non-respect : du paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 124 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres de l'équipe interdisciplinaire, qui se rencontrait au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer, comprennent le directeur médical.

Justification et résumé

La directrice générale a déclaré que le directeur médical du foyer n'assistait pas aux rencontres trimestrielles visant à évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du comité consultatif professionnel/comité d'amélioration constante de la qualité du foyer et entretiens avec la directrice générale. [705241]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

3. Le directeur médical du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur médical du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

Un examen des procès-verbaux des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité de 2024 révèle que le directeur médical n'a pas assisté aux réunions de ce comité.

La directrice générale a déclaré que l'on s'attendait à ce que le directeur médical fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité et assiste aux réunions, mais il ne l'a pas fait.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité de 2024 et entretien avec la directrice générale. [522]

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Paragraphe 261 (2) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :

1. Sous réserve de la disposition 2, le personnel doit recevoir chaque année une formation dans tous les domaines qu'exige le paragraphe 82 (7) de la Loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoive, comme condition pour continuer à être en contact avec les personnes résidentes, une formation annuelle sur la gestion des soins de la peau et des plaies ainsi que de la douleur et des chutes.

Justification et résumé

Selon l'examen du rapport sur la politique relative à la qualité de l'apprentissage accéléré concernant la gestion des soins de la peau et des plaies ainsi que de 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

douleur et des chutes à l'intention des infirmières en 2023, 92,3 %, soit 12 des 13 membres du personnel autorisés, ont suivi la formation annuelle en 2023.

Le directeur des soins a confirmé que ce n'était pas tous les membres du personnel travaillant dans le foyer en 2023 qui avaient suivi la formation annuelle requise pour la gestion des soins de la peau et des plaies ainsi que de la douleur et des chutes en 2023.

Sources : Examen des dossiers d'apprentissage accéléré du foyer et entretien avec le directeur des soins. [740898]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Portes dans le foyer

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

Non-respect : de la sous-disposition 1. i 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 :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermés et verrouillés,

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

Le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce qu'une porte précise donnant sur l'extérieur du foyer soit gardée fermée et verrouillée en permanence.
2. Veiller à ce que le membre du personnel n° 110 reçoive une séance de recyclage sur le système de verrouillage magnétique du foyer et sur la manière de vérifier les serrures de porte, les alarmes et les serrures de porte à clavier pour s'assurer

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

qu'elles sont entièrement fonctionnelles et opérationnelles, et sur les mesures à prendre en cas de problèmes avec les serrures de porte, les alarmes ou les serrures de porte à clavier.

3. Veiller à ce que le membre du personnel n° 110 reçoive une séance de recyclage sur la documentation des vérifications hebdomadaires des serrures de porte, des alarmes et des serrures de porte à clavier.

4. Veiller à ce que la formation soit documentée en consignait la date et le contenu de la formation ainsi que le nom du membre du personnel qui l'a suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent la sortie d'une personne résidente, soient fermées et verrouillées.

Justification et résumé

Lors d'une visite initiale du foyer, les inspectrices n° 522 et n° 70524 ont constaté qu'une porte précise était déverrouillée et permettait d'accéder à une petite aire contenant la vanne d'arrêt de la conduite principale du foyer et la porte d'issue de secours, qui était déverrouillée. Les inspectrices ont pu accéder au stationnement situé à l'extérieur du foyer.

Selon la politique relative aux politiques et aux procédures concernant un foyer sûr et sécuritaire, dans le cadre du système d'entretien préventif du bâtiment, toutes les portes sont vérifiées chaque semaine pour s'assurer qu'elles fonctionnent correctement.

Selon le rapport sur la liste des tâches d'entretien des serrures de porte et des alarmes, le personnel d'entretien doit vérifier toutes les serrures de porte à clavier pour assurer la sécurité du foyer et confirmer que toutes les alarmes de porte sont fonctionnelles, ainsi que les portes extérieures.

Les vérifications quotidiennes d'entretien effectuées pendant un mois n'ont révélé aucun problème concernant la porte et la porte d'issue de secours, même après que les inspectrices ont mentionné ces problèmes.

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le membre du personnel d'entretien n° 110 a déclaré qu'il était de sa responsabilité d'inspecter les portes du foyer, y compris les serrures, les claviers et les alarmes. Il a affirmé qu'il ne s'était pas rendu compte que le foyer avait des serrures magnétiques et que la serrure de la porte ne fonctionnait pas. Il a déclaré que, puisqu'il avait commencé à travailler dans le foyer en novembre 2023, il n'avait pas besoin d'entrer un code pour ouvrir la porte de la vanne d'arrêt de la conduite principale.

Le membre du personnel d'entretien n° 110 a ajouté qu'il ne s'était pas rendu compte qu'il vérifiait mal les serrures des issues de secours et qu'il n'appuyait que sur le haut de la porte et non sur la barre de poussée pour voir si la porte était verrouillée. Il a affirmé qu'il pensait que la vérification avait pour but de s'assurer que les gens ne pouvaient pas entrer dans le foyer.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré qu'il ne savait pas depuis combien de temps la porte et l'issue de secours étaient déverrouillées et qu'aucun problème n'avait été porté à son attention. Il a examiné les vérifications quotidiennes de l'entretien et a reconnu qu'elles n'indiquaient pas que la porte et l'issue de secours n'étaient pas verrouillées à l'heure actuelle.

La directrice générale a déclaré que l'issue donnait directement sur la rue et qu'il y avait un risque pour la sécurité des personnes résidentes. Elle a affirmé que la serrure magnétique se trouvait sur la première porte et qu'il fallait un code pour sortir. Elle a ajouté que le membre du personnel d'entretien devrait comprendre clairement le fonctionnement du système de verrouillage magnétique et qu'il aurait dû avertir le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux qu'il n'avait pas besoin d'entrer un code pour accéder à la vanne d'arrêt de la conduite principale.

Le membre du personnel d'entretien n° 110 ne savait pas comment fonctionnait le système de portes du foyer et n'effectuait pas les vérifications hebdomadaires appropriées des portes, des claviers et des serrures, ce qui présentait un risque

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

pour les personnes résidentes, car les serrures des portes ne fonctionnaient pas et cela n'avait pas été détecté avant que les inspectrices n'effectuent une visite du foyer.

Sources : Observations du foyer, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant un foyer sûr et sécuritaire n° LTC-ENVIR-S1-70.0, révisée pour la dernière fois le 29 janvier 2024, et entretiens avec le membre du personnel d'entretien n° 110, le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux, la directrice générale et d'autres membres du personnel. [522]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) 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.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que la porte de la buanderie soit gardée fermée et verrouillée quand elle n'est pas supervisée par le personnel.
2. Veiller à ce que le loquet de la buanderie fonctionne correctement afin que la porte se verrouille lorsqu'elle est fermée.

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

3. Effectuer des vérifications de la porte de la buanderie pour s'assurer qu'elle est verrouillée à tout moment quand elle n'est pas supervisée par le personnel. Cette vérification doit être effectuée deux fois par semaine pour s'assurer que les portes sont toujours verrouillées. Conserver une trace écrite des vérifications réalisées, des dates, de la personne qui les a effectuées et des mesures prises pour corriger d'éventuelles défaillances. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.

4. Dispenser à l'ensemble du personnel une formation sur le verrouillage des portes avant la date d'échéance de mise en conformité. Veiller à ce que la formation soit documentée en consignnant la date et le contenu de la formation ainsi que le nom de la personne qui a donné la formation et celui du membre du personnel qui l'a suivie.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte de la buanderie soit gardée fermée et verrouillée quand elle n'est pas supervisée par le personnel.

Justification et résumé

1) Lors d'une visite initiale du foyer, les inspectrices no 522 et no 705241 ont remarqué que la porte de la buanderie n'était pas verrouillée. La buanderie se trouve à côté d'un salon où les personnes résidentes regardent la télévision. L'aide à la buanderie n° 107 a déclaré que la porte de la buanderie était laissée ouverte pour que le personnel puisse y apporter du linge sale.

Le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux a déclaré que la porte de la buanderie devrait être fermée à clé.

2) L'inspectrice n° 522 a constaté que la porte de la buanderie n'était pas complètement fermée et que le loquet n'était pas enclenché. Elle a pu entrer dans la buanderie. Aucun membre du personnel ne s'y trouvait et la machine à laver fonctionnait. La directrice générale a déclaré que la porte devrait être verrouillée et l'a verrouillée.

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Il y avait un risque pour les personnes résidentes, car la buanderie se trouvait directement à côté d'une aire réservée aux personnes résidentes et contenait des produits chimiques qui pouvaient leur être accessibles.

Sources : Observations du foyer, examen de la politique du foyer relative aux politiques et aux procédures concernant un foyer sûr et sécuritaire n° LTC-ENVIRS1-70.0, révisée pour la dernière fois le 29 janvier 2024, et entretiens avec le membre du personnel d'entretien n° 107, le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition/gestionnaire des services environnementaux et la directrice générale. [522]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 20 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

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