

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 29 juillet 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1127-0002

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** DTOC II Long Term Care LP, par son associé commandité, DTOC II Long Term Care MGP (une association commanditée) par ses partenaires, DTOC II Long Term Care GP Inc. et Arch Venture Holdings Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Niagara Long Term Care Residence, Niagara-on-the-Lake

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 12 et du 15 au 19 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00112250/Incident critique (IC) n° 2618-000008-24 liée à la prévention et au contrôle des infections.
- Demande n° 00110543/IC n° 2816-000005-24 liée à une blessure de cause inconnue chez une personne résidente.
- Demande n° 00112150/IC n° 2618-000007-24 liée à la prévention et à la gestion des chutes.
- Demande n° 00114392/IC n° 2618-000012-24 liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

Demande n° 00109066/IC n° 2618-000002-24; Demande n° 00112806/IC n° 2618-000010-24 liées à la prévention et au contrôle des infections.

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

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

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

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

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

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'avoir une intervention précise en place à une heure précise. À deux dates observées, il n'y avait pas d'intervention précise en place pour la personne résidente aux heures précises. Le point a été porté à l'attention du membre du personnel et ce dernier a été observé en train de répéter l'intervention à ces dates.

Le membre du personnel a reconnu qu'il avait répété l'intervention. Un autre membre du personnel a mentionné que l'intervention avait été retirée des soins et que celle-ci pourrait ne pas avoir été répétée par la suite.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Des observations ont été faites à d'autres dates et on a observé la personne résidente qui était assise aux heures précises avec l'intervention précise en place.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente; observations d'une personne résidente en fauteuil roulant; entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 10 juillet 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé quand les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

**Justification et résumé**

Comme l'indiquait une mise à jour dans le programme de soins d'une personne résidente à une date précise en janvier 2024, la personne résidente avait besoin d'une intervention précise pour prévenir le risque d'altercation avec d'autres personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Le personnel a reconnu que l'intervention n'était pas utilisée, car celle-ci n'était plus nécessaire depuis que la personne résidente avait été transférée dans une autre aire du foyer à une date précise. Le personnel a confirmé que l'intervention était encore indiquée dans le programme de soins, mais qu'elle n'était plus nécessaire, compte tenu d'autres interventions plus efficaces en place.

Le 16 juillet 2024, le personnel autorisé a réévalué et mis à jour les interventions destinées à la personne résidente afin de retirer l'intervention précise.

**Sources :** Observations d'une personne résidente; entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente, dont le programme de soins et les notes d'évolution

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 16 juillet 2024

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

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

### **Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 001 soit protégée des mauvais traitements d'ordre physique de la personne résidente n° 002.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les « mauvais traitements d'ordre physique » entre deux personnes résidentes sont définis comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident (« physical abuse »).

**Justification et résumé**

À une date précise, la personne résidente n° 002 était surveillée après un changement de médication. Le personnel a observé que la personne était agitée et faisait les cent pas dans l'unité. À une heure précise, la personne résidente n° 002 a engagé une altercation avec la personne résidente n° 001. Le personnel a dû séparer les deux personnes résidentes et réaliser une évaluation pour vérifier la présence de douleurs ou de blessures.

La personne résidente n° 001 a subi une évaluation corporelle complète au cours de laquelle une blessure spécifique a été constatée. Les notes d'enquête internes ont confirmé cette blessure. Les évaluations de suivi réalisées les jours après indiquaient que la personne résidente n° 001 avait subi une autre blessure lors de l'altercation.

Le directeur adjoint des soins et la directrice des soins ont tous deux reconnu que la personne résidente n° 001 avait des blessures physiques ayant été causées par la force physique utilisée par la personne résidente n° 002. Le personnel a confirmé qu'une autre intervention et une surveillance 1:1 avaient été mises en place pour la personne résidente n° 002 après l'incident pour prévenir le risque que d'autres personnes résidentes subissent des mauvais traitements.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

En ne protégeant pas la personne résidente n° 001 des mauvais traitements de la personne résidente n° 002, la personne a subi une blessure physique et a vu sa sécurité compromise.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 001 et de la personne résidente n° 002, dont les notes d'évolution, le programme de soins, les évaluations et les évaluations de la peau et des plaies; rapport d'incident critique (IC); notes d'enquête internes; entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

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

### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements d'ordre physique infligés à la personne résidente n° 001 et ayant entraîné une blessure soient signalés immédiatement au directeur.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Justification et résumé**

À une heure et une date précises en avril 2024, il y a eu une altercation entre la personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 qui a entraîné une blessure chez la personne résidente n° 001. Le membre du personnel autorisé qui est intervenu et qui a séparé les deux personnes résidentes a confirmé qu'il n'avait pas appelé la ligne d'urgence après les heures de bureau ni le gestionnaire pour signaler les mauvais traitements d'ordre physique dont il avait été témoin.

Après avoir été informé de l'incident par un autre membre du personnel autorisé le lendemain, le gestionnaire de garde a soumis un rapport après les heures de bureau.

Le directeur adjoint des soins et la directrice des soins ont reconnu que l'incident n'avait pas été signalé immédiatement au directeur au moyen du numéro de téléphone à utiliser après les heures de bureau et que l'incident aurait dû être signalé par le membre du personnel autorisé qui avait été témoin de l'incident.

**Sources :** Entretiens avec le directeur adjoint des soins, la directrice des soins et d'autres membres du personnel; notes d'évolution de la personne résidente n° 001 et de la personne résidente n° 002; notes d'enquête internes du foyer; rapport d'IC, rapport InfoLine; classeur des ressources infirmières.

**AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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

**Non-respect : de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aidait une personne résidente à intégrer son fauteuil roulant depuis le lit.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière devait être transférée au moyen d'une aide physique précise, avec un appareil de levage. Lors d'une enquête, le foyer a établi qu'à une date précise, la personne résidente avait été transférée physiquement sans aide de son lit à son fauteuil roulant par un membre du personnel.

Le membre du personnel a mentionné qu'il n'avait pas utilisé l'appareil de levage pour transférer la personne résidente, qu'il avait levé physiquement cette dernière seul pour le transfert. Le membre du personnel a reconnu que la personne résidente avait besoin d'un appareil de levage pour les transferts et que ne pas en avoir utilisé un était une erreur. La directrice des soins a reconnu que le membre du personnel n'avait pas utilisé des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lors du transfert de la personne résidente de son lit à son fauteuil roulant.

Quand le membre du personnel n'a pas utilisé l'appareil de levage lors d'un transfert, la personne résidente était exposée à un risque de blessure.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente; notes d'enquête; entretiens avec la directrice des soins et la personne préposée aux services de soutien personnel n° 110.

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

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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,

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se fasse évaluer la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies après avoir présenté des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

Plus précisément, une personne résidente n'a pas été soumise à une nouvelle évaluation de l'intégrité épidermique altérée quand une rupture de l'épiderme nouvellement constatée est survenue à une date précise.

### **Justification et résumé**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Une altercation survenue entre deux personnes résidentes à une date précise a entraîné une blessure (rupture de l'épiderme) chez l'une des personnes. La blessure était confirmée dans les notes d'enquête internes du foyer. La rupture de l'épiderme a été constatée par un membre du personnel autorisé quand la personne résidente a été évaluée après l'altercation. Toutefois, on n'a pas réalisé d'évaluation appropriée sur le plan clinique au moyen de l'évaluation approfondie des plaies du foyer.

La directrice des soins et le personnel autorisé ont confirmé que toute nouvelle altération de l'intégrité épidermique, y compris la rupture de l'épiderme constatée chez la personne résidente, nécessitait une évaluation initiale approfondie des plaies, et que ce processus n'avait pas été suivi conformément au programme de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer.

Quand le personnel autorisé n'a pas utilisé l'outil approprié sur le plan clinique du foyer, il y avait un risque que la rupture de l'épiderme nouvellement constatée chez la personne résidente ne soit pas évaluée adéquatement.

**Sources :** Entretien avec le personnel autorisé, le directeur adjoint des soins et la directrice des soins; dossier clinique de la personne résidente, dont les notes d'évolution et les évaluations; programme de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament d'une personne résidente soit administré conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Justification et résumé**

À une date précise, une personne résidente a été réévaluée par l'infirmière praticienne pour la gestion de la douleur et des comportements et la fréquence de la prise d'un médicament précis par la personne résidente a été augmentée à deux doses quotidiennes.

À une date ultérieure, le personnel autorisé a remarqué pendant la deuxième période d'administration des médicaments que le personnel autorisé n'avait pas donné la première dose plus tôt dans la journée. La date où la dose n'a pas été administrée, la personne résidente était constamment agitée et manifestait des comportements tels qu'une tendance à errer et à faire les cent pas. La personne résidente a eu une altercation avec une autre personne résidente qui a entraîné une blessure chez cette dernière.

Le personnel a reconnu que l'augmentation récente de la fréquence de la dose avait été prescrite pour que la personne résidente demeure calme et que la dose manquée pouvait entraîner chez cette dernière une augmentation de la douleur et des comportements. La directrice des soins a confirmé que le médicament n'était pas administré à la personne résidente conformément à la prescription et que, lorsque l'erreur de médicament avait été constatée, elle avait été signalée et le médicament avait été jeté conformément aux politiques et procédures du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

Quand le médicament prescrit pour répondre aux besoins de la personne résidente n'était pas administré conformément à la prescription, il y avait un risque d'augmentation des comportements et un risque pour la sécurité de la personne.

**Sources :** Entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel; dossier clinique de la personne résidente, dont les notes d'évolution, le registre électronique d'administration des médicaments et le rapport d'incident de médication.

**AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence, médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

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

**Non-respect : de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Durant une éclosion de maladie infectieuse confirmée ayant touché certaines unités à des dates précises entre mars et avril 2024, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les directives et recommandations applicables formulées par le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste soient suivies au foyer. Plus précisément, il y avait partout dans les aires communes auxquelles les personnes résidentes avaient accès des surfaces fréquemment touchées qui n'avaient pas été

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

nettoyées et désinfectées au moins deux fois par jour à certaines dates pendant une éclosion.

Avant le 19 avril 2024, la directive du ministre pour les mesures en réponse à la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée indiquait que des mesures renforcées de nettoyage et de désinfection de l'environnement devaient être utilisées pour les surfaces fréquemment touchées conformément aux pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI). Les pratiques exemplaires du CCPMI-PCI indiquaient que le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées devaient être effectués au moins deux fois par jour et plus fréquemment si le risque de contamination environnementale était accru, au moyen d'une matrice de stratification du risque, pour déterminer la fréquence du nettoyage.

En date du 19 avril 2024, la section 3.12 des Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, portant sur l'amélioration du nettoyage et de la désinfection de l'environnement, recommandait de nettoyer et désinfecter les surfaces à fort contact des aires communes, des zones de traitement, des salles à manger et des salons au moins deux fois par jour.

**Justification et résumé**

La fréquence du nettoyage était indiquée dans les politiques du foyer et indiquait qu'un nettoyage quotidien renforcé était nécessaire lors d'une éclosion, celle-ci constituant une catégorie à risque élevé. La fréquence indiquée dans les politiques pour les éclosions s'appliquait à toutes les surfaces fréquemment touchées de l'unité désinfectée deux fois par jour.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

À une date précise, une certaine aire du foyer était touchée par une éclosion de maladie infectieuse déclarée qui a duré jusqu'à une autre date précise. Durant cette période, les registres de nettoyage des surfaces fréquemment touchées utilisés par le personnel de l'entretien ménager lors des quarts de jour et d'après-midi confirmaient que le nettoyage des surfaces fréquemment touchées était effectué. À certaines dates, les registres de nettoyage des surfaces fréquemment touchées du quart de jour n'étaient pas remplis pour l'unité touchée par l'éclosion. Également, les registres de nettoyage manquants ont été remarqués pendant les vérifications des registres effectuées par les gestionnaires de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et lors de la formation donnée au personnel de l'entretien ménager à cette période.

La gestionnaire de la PCI et le gestionnaire des services environnementaux ont reconnu que ce qui était attendu pour les notes dans les registres de nettoyage était la confirmation que la tâche du nettoyage deux fois par jour avait été accomplie, et que, en raison des renseignements manquants aux dates précises, on ne pouvait pas déterminer si les surfaces fréquemment touchées avaient été nettoyées plus d'une fois par jour.

Quand le foyer n'alignait pas ses politiques et ses procédures avec les pratiques exemplaires du CCPMI et les recommandations du médecin-hygiéniste en chef consistant à nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées deux fois par jour, il y avait un risque de transmission de maladies pendant une éclosion.

**Sources :** Entretiens avec l'aide-ménager ou l'aide-ménagère, la gestionnaire de la PCI et le gestionnaire des services environnementaux; registres de nettoyage des surfaces fréquemment touchées; vérifications de la PCI pour le nettoyage des surfaces fréquemment touchées; résumé de la réunion tenue après l'éclosion; politique du foyer relative au nettoyage standard dans un environnement de soins

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

de santé, révisée le 31 août 2023; rapport d'IC 2618-000008-24; section 3.12 (page 40) des Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif (avril 2024); directive du ministre pour les mesures en réponse à la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée, qui est entrée en vigueur le 30 août 2022, puis a été révoquée le 19 avril 2024; Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition (avril 2018).