

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 mars 2025
Numéro d'inspection : 2025-1193-0002
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son associé commandité, Southbridge Health Care GP inc.)
Foyer de soins de longue durée et ville : Orchard Villa, Pickering

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20-21, 24-28 février et les 3-7 et 10-11 mars 2025.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 27 février 2025

L'inspection effectuée concernait :

- Quatre plaintes et incidents critiques (IC) relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Une plainte découlant de l'inspection n° 2024-1193-0004, relativement à la disposition 58 (1) 3 du *Règl. de l'Ont. 246/22*, avec une date limite pour se conformer (DLC) fixée au 7 janvier 2025.
- Une plainte découlant de l'inspection n° 2024-1193-0004 relativement à la disposition 58 (4) du *Règl. de l'Ont. 246/22*, avec une DLC fixée au 7 janvier 2025.
- Trois plaintes et IC relativement à l'apparition de maladies infectieuses.
- Une plainte concernait la température ambiante.
- Une plainte et un IC concernaient la disparition d'une personne résidente.
- Une plainte et un IC concernaient une chute avec blessures.

Les inspections effectuées concernaient : trois plaintes et IC relativement à des chutes avec blessures.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1193-0004 relativement au par. 58(1)3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1193-0004 relativement à la disposition 58(4) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
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 : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Portes dans le foyer

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

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte de la salle de réunion du personnel du secteur Pine Home fermée et verrouillée lorsqu'elle n'était pas supervisée par le personnel.

L'inspecteur ou l'inspectrice a mené une inspection de prévention et contrôle des infections (PCI) et a constaté, dans le secteur Pine Home, que la porte de la salle de réunion du personnel était ouverte, déverrouillée et non supervisée par le personnel.

L'étudiante ou étudiant en soins infirmiers, l'infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et l'infirmière ou infirmier autorisé (IA) ont tous confirmé que la salle était un espace restreint et que la porte devait être fermée et verrouillée en permanence.

L'IA a immédiatement fermé à clé la salle de réunion.

Sources : observations de l'inspecteur ou l'inspectrice; entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 24 février 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 - 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 au respect de l'horaire des activités de la vie quotidienne (AVQ) de la personne résidente. À une date donnée, l'infirmière ou l'infirmier de garde avait autorisé la personne résidente à effectuer une AVQ en dehors des heures prévues. Plus tard dans la matinée, la personne résidente en question s'est enfuie, mais a été ramenée à l'établissement avec une blessure mineure.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

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

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

Non-respect de : LRSLD, 2021, alinéa 23 (2) c)

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 23 (2) Le programme de prévention et de contrôle des infections doit comprendre ce qui suit :

c) une surveillance quotidienne afin de détecter la présence d'infections chez les résidents du foyer de soins de longue durée;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de PCI prévoie une surveillance quotidienne pour détecter la présence d'infections chez les résidents.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'un programme de PCI prévoie une surveillance quotidienne afin de détecter la présence d'infections chez les résidents du foyer et à ce que ce programme soit respecté.

Particulièrement, le personnel autorisé n'a pas respecté la politique de surveillance des infections du foyer et n'a pas consigné la surveillance des signes et symptômes d'infection dans les formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection (FSQSSI) dès l'apparition des symptômes chez une personne résidente et/ou lors de l'apparition de nouveaux symptômes chez les personnes résidentes n^{os} 006, 007, 008, 009, 033 et 036.

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes n^{os} 007 et 009; entretiens avec le personnel.

1. Selon un examen de la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion, les personnes résidentes n^{os} 006 et 008 présentaient des

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

symptômes infectieux à des dates déterminées. Cependant, ces informations n'étaient pas consignées dans le FSQSSI du foyer.

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes n^{os} 006 et 008; entretiens avec le personnel.

2. Selon un examen de la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion, la personne résidente n^o 033 avait développé une maladie infectieuse à une date déterminée, mais ses symptômes infectieux n'étaient pas consignés dans le FSQSSI du foyer.

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossier médical électronique de la personne résidente n^o 033; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 l'IA signale immédiatement au directeur ou à la directrice une allégation de violence physique d'une personne résidente envers une autre 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, le terme « mauvais traitements physiques » s'entend, sous réserve du paragraphe (2) c), du recours à la force physique par une personne résidente causant des blessures corporelles à une autre personne résidente.

À une date donnée, deux personnes résidentes en sont venues à une empoignade, entraînant une déchirure cutanée chez l'un d'eux. L'IA avait signalé l'incident à son supérieur hiérarchique et au gestionnaire de garde, mais ne l'a pas signalé au directeur ou à la directrice que le lendemain.

Sources : RIC; notes d'évolution; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 40 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 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.

À une date donnée, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit transférée correctement entre deux surfaces. Conformément au programme de soins, le personnel devait employer une technique de transfert particulière. Il est constaté que deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) avaient suivi une technique incorrecte pour transférer la personne résidente d'une surface à l'autre.

Sources : observations de l'inspecteur ou l'inspectrice; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Appareils d'aide à la mobilité

Problème de conformité n° 006 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : la disposition 43 du Règl. de l'Ont. 246/22

Appareils d'aide à la mobilité

Art. 43. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des appareils d'aide à la mobilité, notamment des fauteuils roulants, des déambulateurs et des cannes, soient en tout temps mis à la disposition des résidents qui en ont besoin à court terme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les appareils d'aide à la mobilité, notamment les fauteuils roulants, soient en tout temps mis à la disposition de la personne résidente qui en a besoin à court terme. Le foyer n'a pas mis à la disposition de la personne résidente un fauteuil roulant temporaire, lui permettant de s'asseoir dans la bonne position.

Sources : observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; notes d'évolution; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 007 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

53(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux outils de surveillance qui font partie du programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe un programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire le risque de chutes, et de le respecter.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté l'exigence du programme afin de remplir la routine de soins pour traumatismes

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

crâniens après qu'une personne résidente est tombée sur la tête devant des témoins.

Sources : évaluations PointClickCare de la personne résidente; politique de prévention et gestion des chutes du foyer; entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect de : Alinéa 56 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente visant à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale.

Conformément au programme de soins de la personne résidente, deux membres du personnel devaient aider celle-ci avec ses soins liés à l'incontinence. À une date donnée, la PSSP avait prodigué lesdits soins seule, en suivant une technique non consignée dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; notes de l'enquête auprès de la PSSP; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 009 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour intervenir en cas de comportements réactifs d'une personne résidente.

Le foyer savait que la personne résidente affichait un comportement réactif pendant les soins et devait avoir mis en œuvre une stratégie pour réduire ce comportement. À cette fin, deux membres du personnel devaient prodiguer les soins à la personne résidente. À une date donnée, la PSSP avait prodigué seule des soins liés à l'incontinence, en suivant une technique non consignée dans le programme de soins de la personne résidente. Selon la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), une autre stratégie aurait pu être mise en œuvre au moment de prodiguer les soins.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; notes de l'enquête auprès des PSSP; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, y compris les interventions et les réponses, soient consignées. Le personnel autorisé a reçu pour instruction de consigner, dans le système de documentation électronique, les comportements réactifs et l'efficacité des interventions auprès de la personne résidente à chaque quart de travail. L'examen a révélé que les informations n'avaient pas été saisies durant plusieurs quarts de travail.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : dossier électronique de la personne résidente; entretien
avec le personnel

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 011 - avis écrit remis aux termes de la
disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Services d'entretien

Par. 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et
mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :
b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les
aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à
l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des
résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fauteuil roulant
d'une personne résidente soit réparé.

Lors d'une inspection sur place, l'inspectrice ou l'inspecteur a été
informé que trois bacs à vapeur d'un chauffe-plats dans une cuisine ne
fonctionnaient pas comme il se doit pendant le dîner. Le cuisinier ou
la cuisinière et l'aide-diététiste (AD) ont déclaré avoir informé la
superviseure ou le superviseur des services alimentaires du problème
une semaine auparavant; cependant, ce dernier n'était plus employé par
le foyer. Conformément à la politique relative à la température des
aliments, le foyer doit s'assurer que tout le matériel servant à
maintenir les aliments au chaud et au froid fonctionne correctement.

La superviseure ou le superviseur régional des services alimentaires
(SRSA) a constaté que le personnel avait signalé le problème deux
heures avant le service du repas. Pourtant, on a continué d'utiliser
le chauffe-plats pour conserver les aliments du dîner. Deux plats
placés dans les bacs à vapeur affichaient des températures entre 45 et
49 °C, ce qui se situait dans la zone de risque de contamination
alimentaire (4 à 60 °C). Cette fourchette de températures peut
augmenter le risque de maladies d'origine alimentaire chez les
personnes résidentes vulnérables.

Sources : observations; politique DP-04-01 : Exigences de sécurité
relatives à la température des aliments - Conservation et distribution
(créée en novembre 2024); 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 012 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Conformément à l'article 10.4 (h) de la Norme de PCI, le titulaire de permis doit veiller à ce que les résidents soient accompagnés pour effectuer l'hygiène des mains avant de recevoir leurs repas et collations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes ou protocoles émis par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections.

Une inspection relative au programme de PCI a été menée conformément à la liste de vérification en matière de PCI.

Une observation a été faite à l'heure du repas : le personnel n'a pas assuré l'hygiène des mains d'un groupe de personnes résidentes.

Sources : liste de vérification en matière de PCI; politiques/procédures de PCI du foyer; observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 013 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :
b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Par. 78 (3) 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de
respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**
Le titulaire de permis doit :

1) Exiger que la superviseure ou le superviseur régional des services alimentaires, ou son représentant, assure une formation en personne à tous les cuisiniers et membres du personnel de restauration, y compris à tout personnel polyvalent chargé de la restauration, concernant les points suivants :

a) Prendre et enregistrer les températures de fin de cuisson et de service, avec la date, le type de repas et les mesures correctives adoptées.

b) Suivre les bonnes pratiques de manipulation des aliments pendant la préparation et le service.

c) Tenir un registre des séances de formation, en y précisant le contenu, le nom du formateur et les participants.

2) Exiger que la superviseure ou le superviseur des services alimentaires (SSA) ou son représentant effectue hebdomadairement trois vérifications du service des repas pendant quatre semaines à l'égard des aspects suivants :

a) Bonnes pratiques de manipulation, de service et d'hygiène des mains du personnel de restauration. Les vérifications doivent inclure le nom et la fonction du membre du personnel, la date et la personne ayant exécuté la vérification.

b) Prises de température à la fin de la cuisson et durant le service. Les vérifications doivent inclure les différents horaires de service des repas et les différentes zones de restauration, la personne qui a mené la vérification, les aliments servis, toute température non consignée, les températures des aliments hors de la fourchette définie dans la politique en matière de température des aliments du foyer et les mesures correctives prises.

c) Chaque semaine, le SSA analysera les résultats de la vérification et proposera des mesures correctives supplémentaires au personnel en fonction des tendances observées. Un registre des vérifications doit être conservé et mis à disposition sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas chauds soient servis selon des méthodes qui empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à la politique du foyer en matière de sécurité de la température de conservation et de distribution des aliments, le personnel doit consigner régulièrement la température des aliments dans des registres désignés; signaler et consigner toute mesure corrective prise si la température des aliments ne respecte plus la fourchette de sécurité; servir les aliments chauds à des températures comprises entre 60 °C et 82 °C, et réchauffer les aliments, au besoin, jusqu'à ce que la température interne soit correcte.

Lors d'une inspection avant le dîner dans la salle à manger principale, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que trois bacs à vapeur ne fonctionnaient pas correctement. La superviseure ou le superviseur régional des services alimentaires (SRSA) en avait été informé deux heures avant le dîner, mais le personnel a continué d'utiliser les bacs pour conserver les aliments. L'inspectrice ou l'inspecteur a également vu l'aide-diététiste (AD) préparer des sandwichs après avoir enfilé des gants. Il a touché les surfaces de service et retiré le pain des sacs sans changer de gants ni se laver les mains.

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé à une autre AD de vérifier la température de deux des six plats placés dans les bacs à vapeur, et découvert que celle-ci se situait entre 45 °C et 49 °C, soit au-dessous de la fourchette de sécurité alimentaire de 60 °C à 82 °C.

L'AD a indiqué avoir reçu pour instruction de ne pas réchauffer les plats à basse température et de les servir tels quels. De plus, les registres de température des aliments à ce point de service ne faisaient pas état des plats dont la température était inférieure à la fourchette de sécurité ni des mesures correctives prises.

L'absence de mesures correctives pour s'assurer que les plats en question étaient servis à des températures sûres, soit entre 60 °C et 82 °C, a augmenté le risque d'adultération des aliments et de maladies d'origine alimentaire au sein d'une population vulnérable.

Sources : observations; politique DP-04-01 : Exigences de sécurité relatives à la température des aliments - Conservation et distribution (créée en novembre 2024); registres de température des aliments au point de service; 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 014 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Par. 102 (9) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :
L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de prendre les mesures suivantes :

1. S'assurer que la personne chargée du programme de PCI et/ou son représentant forme l'ensemble du personnel autorisé, y compris le personnel temporaire, aux politiques, procédures et processus du foyer en matière de surveillance et d'enregistrement des signes et symptômes d'infection chez les personnes résidentes, à chaque quart de travail. Conserver un registre écrit faisant état du nom et de la fonction du personnel autorisé actif du foyer, y compris le personnel temporaire.

2. Tenir un registre de la formation, qui doit inclure les informations suivantes : le contenu de la formation, le nom du formateur et sa fonction, la date et l'heure de la formation, le nom, la fonction et la signature de chaque membre du personnel autorisé qui a été formé.

3. S'assurer que la personne chargée du programme de PCI et/ou son représentant, une fois que la formation du personnel autorisé s'est achevée :

- Si l'établissement n'est pas en situation d'éclosion : Chaque semaine et pendant quatre semaines, vérifie les dossiers médicaux de toutes les personnes résidentes présentant des signes et symptômes

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'infection. Le foyer tiendra un registre de toutes les vérifications effectuées, qui devra inclure les informations suivantes : le nom du vérificateur, la date et l'heure de l'audit, le nom et/ou le numéro de chambre de la personne résidente, les signes et symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail, si le suivi des signes et symptômes a été consigné pour tous les quarts de travail, et toute mesure corrective prise en cas d'absence de suivi/d'enregistrement d'un résident, pour un quart de travail, recensée lors du processus de vérification.

- Si le foyer est en situation d'éclosion CONFIRMÉE : Vérifie quotidiennement, y compris pendant les fins de semaine et les jours fériés, les dossiers médicaux de toutes les personnes résidentes présentant des signes et symptômes indiquant la présence d'une infection, jusqu'à la fin de l'éclosion. Le foyer tiendra un registre de toutes les vérifications effectuées, qui devra inclure les informations suivantes : le nom du vérificateur, la date et l'heure de l'audit, le nom et/ou le numéro de chambre de la personne résidente, les signes et symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail, si le suivi des signes et symptômes a été consigné pour tous les quarts de travail, et toute mesure corrective prise en cas d'absence de suivi/d'enregistrement d'un résident, pour un quart de travail, recensée lors du processus de vérification.

4. Mettre tous les registres à la disposition des inspecteurs sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillés et consignés à chaque quart de travail pour les résidents n^{os} 006, 007, 008, 009, 033 et 036.

La personne chargée du programme de PCI a confirmé que le personnel autorisé devait consigner la surveillance des signes et symptômes d'infection dans le FSQSSI ou les notes d'évolution de la personne résidente .

Le spécialiste régional en matière de PCI a confirmé que le personnel autorisé devait surveiller les résidents symptomatiques à chaque quart de travail et consigner leurs observations dans une note d'évolution.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La directrice ou le directeur a reçu trois RIC concernant des éclosions de maladies.

1. Selon un examen de la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion, les personnes résidentes n^{os} 007 et 009 présentaient des symptômes infectieux à des dates déterminées. Cependant, ces symptômes n'étaient pas consignés dans le FSQSSI du foyer.

Le spécialiste régional en matière de PCI a confirmé que le foyer était conscient des lacunes en matière de documentation concernant la surveillance des signes et symptômes d'infection par le personnel autorisé pendant les quarts de travail en question.

En manquant de surveiller et de consigner les signes et symptômes d'infection des personnes résidentes n^{os} 007 et 009, à chaque quart de travail, le personnel autorisé a accru le risque pour la santé des personnes résidentes et fait passer leurs symptômes inaperçus auprès du personnel autorisé.

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes n^{os} 007 et 009; entretiens avec le personnel.

2. Selon un examen de la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion, les personnes résidentes n^{os} 006 et 008 présentaient des symptômes infectieux à des dates déterminées. Cependant, ces symptômes infectieux n'étaient pas consignés dans le FSQSSI du foyer lors de multiples quarts.

Le spécialiste régional en matière de PCI a confirmé que le foyer était conscient des lacunes en matière de documentation concernant la surveillance des signes et symptômes d'infection par le personnel autorisé pendant les quarts de travail en question.

En manquant de surveiller et de consigner les signes et symptômes d'infection des personnes résidentes n^{os} 006 et 008, à chaque quart de travail, le personnel autorisé a accru le risque pour la santé des personnes résidentes et fait passer leurs symptômes inaperçus auprès du personnel autorisé.

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes n^{os} 006 et 008; entretiens avec le personnel.

3. Selon un examen de la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion, les personnes résidentes n^{os} 033 et 036 présentaient des symptômes infectieux à des dates déterminées. Cependant, ces symptômes n'étaient pas consignés dans le FSQSSI du foyer.

Le spécialiste régional en matière de PCI a confirmé que le foyer était conscient des lacunes en matière de documentation concernant la surveillance des signes et symptômes d'infection par le personnel autorisé pendant les quarts de travail en question.

En manquant de surveiller et de consigner les signes et symptômes d'infection des personnes résidentes n^{os} 033 et 036, à chaque quart de travail, le personnel autorisé a accru le risque pour la santé des personnes résidentes et fait passer leurs symptômes inaperçus auprès du personnel autorisé.

Sources : rapport d'incident critique (RIC); politiques du foyer en matière de surveillance des infections et de gestion des épidémies; liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion; formulaires de surveillance quotidienne des signes et symptômes d'infection; dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes n^{os} 033 et 036; entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 juin 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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

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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 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 de la directrice ou 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 la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou 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 de la directrice ou 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'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi 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 de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de la santé

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

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.