

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 26 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1498-0001

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Centres de soins du district D de la Légion royale canadienne

Foyer de soins de longue durée et ville : Tony Stacey Centre for Veterans' Care, Toronto

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Diane Brown (110)

Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur

Autres inspectrices ou inspecteurs

Rita Lajoie (741754)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 20, 22 et 23 février 2024, du 26 au 29 février 2024, 1^{er} mars 2024 et du 5 au 7 mars 2024.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à une éclosion de COVID-19.
- Un dossier lié à une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel entre un membre du personnel et une personne résidente.
- Un dossier lié à la négligence envers une personne résidente.
- Un dossier lié à une plainte concernant la négligence envers une personne résidente et les soins prodigués à celle-ci.

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

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection : Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Services d'entretien ménager, de buanderie et de maintenance
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Activités récréatives et sociales

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence de sa part ou de celle d'un membre du personnel.

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

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique faisant état de négligence de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente après avoir reçu une plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale d'une personne résidente. La personne plaignante avait un certain nombre de préoccupations, notamment en ce qui concerne l'administration des médicaments, les ordonnances de traitement médical, l'absence de documents relatifs aux ordonnances préopératoires et la réponse tardive aux préoccupations exprimées en matière de soins.

À la mi-décembre 2023, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente a fait part au personnel infirmier de ses inquiétudes concernant une perte de sensation chez la personne résidente. Aucune mesure n'ayant été prise, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a communiqué directement avec le médecin de la personne résidente au début du mois de janvier pour lui demander d'intervenir. Le médecin a rédigé deux ordonnances de traitement. Au début du mois de février, le médecin a examiné la personne résidente. Un membre du personnel infirmier praticien a fourni un traitement à deux reprises par la suite.

La personne résidente souffrait d'un problème de santé et son état de santé fluctuait. Elle a été convoquée à un rendez-vous préopératoire avant l'intervention chirurgicale prévue. Les instructions relatives au rendez-vous préopératoire avaient été fournies à un membre du personnel infirmier par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale en décembre 2023. Ces instructions ont été incorrectement combinées aux instructions relatives à la préparation de l'intervention chirurgicale proprement dite et ont eu pour conséquence que la personne résidente n'a rien mangé ni bu, c'est-à-dire qu'elle n'a rien ingéré par voie orale, avant son rendez-vous préopératoire. Le coordonnateur ou la coordonnatrice de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument) a confirmé qu'il n'y avait pas d'ordonnance écrite dans le dossier de la personne résidente ni dans le registre d'administration des médicaments indiquant que cette personne ne devait avoir rien ingéré par voie orale avant le rendez-vous préopératoire.

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

À l'arrivée du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale au foyer pour accompagner la personne résidente à un rendez-vous préopératoire, celle-ci avait des résidus de dentifrice sur les dents et tout autour

de la bouche. Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a également exprimé des inquiétudes quant au fait que les instructions relatives au rendez-vous préopératoire, qui prévoyaient un dîner tôt avant le rendez-vous, avaient été égarées.

Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente et l'information dans le système Kardex datant de la mi-février indiquaient qu'il fallait assurer une supervision avec un minimum de préparation ou d'aide, mais la personne résidente avait plutôt besoin d'une assistance totale pour s'alimenter.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que le foyer était en tort par rapport à plusieurs préoccupations exprimées par la personne plaignante. Le ou la DSI a également indiqué que, bien qu'il y ait eu des demandes d'aiguillage vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.), ces demandes ne concernaient pas les préoccupations exprimées par la personne plaignante.

Le fait de ne pas fournir à la personne résidente une alimentation adéquate, des soins et des services adaptés à ses besoins a témoigné d'une inaction qui a mis en péril la santé et le bien-être de la personne résidente.

Sources : entretiens avec le ou la DSI et le coordonnateur ou la coordonnatrice de la méthode d'évaluation RAI, notes d'évolution, programme de soins écrit, registre d'administration des médicaments, notes dans le « livre vert » du premier étage, plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale auprès du foyer, réponse du foyer à la plainte. [741754]

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

AVIS ÉCRIT : Personnes résidentes — Informations, Ententes

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements aux personnes résidentes, aux visiteurs et au personnel sur la façon de déposer des plaintes auprès du Ministère soient affichés à un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, l'inspectrice a tenté de trouver des renseignements sur le numéro de la ligne ACTION du Ministère pour le dépôt de plaintes.

Le tableau contenant les renseignements destinés aux personnes résidentes était affiché à hauteur d'yeux dans un couloir, à gauche de la réception. Il n'y avait pas d'affichage indiquant à qui s'adressaient les renseignements figurant sur le tableau et aucune délimitation des renseignements (en-têtes) n'aidait l'observateur à trouver l'information. Les renseignements concernant la ligne ACTION se trouvaient au bas d'un long document sur la possibilité d'avoir une préoccupation ou une plainte (Do You Have A Concern or Complaint?). Le document était rédigé dans une police de caractères normale (de 12 à 14 points).

Lors d'un entretien impromptu, l'inspectrice s'est adressée au travailleur social ou à la travailleuse sociale du foyer et lui a demandé de trouver le numéro de la ligne ACTION. Le travailleur social ou la travailleuse sociale a examiné les

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

renseignements figurant au tableau et n'a pas été en mesure de trouver l'information.

Le fait de ne pas afficher dans un endroit bien en vue et facile d'accès, à l'intention des personnes résidentes, des visiteurs et du personnel, les coordonnées du Ministère pour le dépôt de plaintes, peut avoir une incidence sur la capacité de toute personne se trouvant dans le foyer à déposer des plaintes.

Sources : observations, entretien avec un travailleur social ou une travailleuse sociale. [741754]

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur une aire réservée aux personnes résidentes non supervisée, utilisée comme salle de repos pour le personnel, soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

En visitant le foyer, les inspectrices ont constaté que l'ascenseur principal accédait au sous-sol où deux portes s'ouvraient sur une grande salle (auditorium)

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

utilisée comme salle de repos pour le personnel. Il a été constaté que les portes donnant sur l'aire étaient ouvertes et non verrouillées pendant plusieurs jours et que les membres du personnel n'étaient pas toujours présents dans l'aire en question. La salle comprenait deux réfrigérateurs non verrouillés contenant des denrées alimentaires qui ne devraient pas être accessibles aux personnes résidentes.

L'administratrice a confirmé que le personnel utilisait cette aire comme salle de repos et que les personnes résidentes pouvaient accéder à cette aire au sous-sol.

Le fait de ne pas veiller à ce que les portes de l'auditorium, qui avait été transformé en salle de repos pour le personnel, soient verrouillées a entraîné un risque pour les personnes résidentes pouvant marcher ou se déplacer seules d'avoir un accès non supervisé à cette aire.

Sources : observations, entretien avec l'administratrice. [110]

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 21 (2) v.) du Règl. de l'Ont. 246/22

Éclairage

Article 21. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'éclairage soit maintenu conformément aux exigences suivantes :

2. Dans tous les autres foyers,

v. toutes les autres aires du foyer doivent disposer de niveaux minimums d'éclairage de 215,28 lux.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'éclairage soit maintenu aux niveaux de lux requis.

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

Justification et résumé

Au cours d'une deuxième visite du foyer, les inspectrices ont constaté que l'éclairage du salon des personnes résidentes au deuxième étage était faible, que de nombreux blocs d'éclairage dans les couloirs n'avaient pas de diffuseurs de lumière couvrant les ampoules des tubes fluorescents et que les ampoules dans deux salles de bain de personnes résidentes étaient brûlées.

En présence des inspectrices, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a mesuré les niveaux de lux dans le salon des personnes résidentes au deuxième étage à l'aide d'une application sur son téléphone. Les chiffres mesurés à différents endroits du salon se sont élevés à 15, à 28, à 31, à 34, à 32 et à 8 lux. Dans une salle de bain commune pour personnes résidentes, la mesure en lux était de 12. La personne résidente qui accède à cette salle de bain présente un risque élevé de chute. L'une des ampoules de la salle de bain était brûlée. Les inspectrices ont constaté que l'ampoule était brûlée au début de l'inspection et qu'elle n'avait pas été remplacée le dernier jour de l'inspection, tout comme une ampoule dans une autre salle de bain commune pour personnes résidentes.

Lors d'un entretien, une personne préposée à l'entretien a indiqué que l'éclairage dans le salon des personnes résidentes du deuxième étage posait problème. La personne préposée à l'entretien a précisé que lorsqu'elle essaie de changer une ampoule, le support de lampe « s'effrite » et la nouvelle ampoule finit par reposer sur le luminaire. Cette même personne préposée a également fait part de ses inquiétudes quant au risque qu'un tube fluorescent suspendu au plafond soit délogé et se brise, ce qui exposerait les personnes résidentes à des éclats de verre.

Lors d'un entretien, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué qu'elle savait que des diffuseurs de lumière devaient être installés sur les blocs d'éclairage contenant des ampoules fluorescentes dans les couloirs. Les diffuseurs de lumière réduisent le risque de chute de verre en cas de rupture du tube et atténuent l'intensité de l'éclairage. Cette personne consultante a précisé que le

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

coût des diffuseurs était élevé, mais n'a fourni aucun document permettant de le vérifier. Un devis obtenu auprès d'un électricien a été demandé à la personne consultante concernant la réparation des plafonniers dans le

salon des personnes résidentes du deuxième étage. À la fin de l'inspection, aucune documentation n'avait été fournie.

Si l'éclairage n'est pas maintenu aux niveaux requis, les personnes résidentes courent un risque accru d'avoir une vision limitée de leur environnement.

Sources : observations, entretiens avec la personne consultante en services d'entretien des immeubles et la personne préposée à l'entretien. [741754]

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer, les inspectrices ont vérifié des salles de douche et de bain et ont constaté que les salles de bain du premier et du deuxième étage

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

semblaient ne pas être utilisées. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) du premier étage a confirmé que les personnes résidentes ne s'étaient pas vu offrir l'option de bain depuis sept ou huit ans et qu'elles n'avaient accès

qu'à une douche. La PSSP a affirmé que certaines personnes résidentes aimeraient pouvoir profiter de l'option de bain, mais que celles-ci savaient que cela n'était pas possible. Une PSSP du deuxième étage a confirmé que les personnes résidentes ne s'étaient pas vu offrir l'option de bain depuis plus de six ans.

Au cours d'un entretien, une personne résidente a expliqué qu'elle aimait prendre un bain lorsqu'elle était à la maison, mais que ce n'était plus possible depuis qu'elle avait été admise au foyer de soins de longue durée. La personne résidente a indiqué qu'elle choisirait l'option de bain si cette option lui était proposée. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'option de bain n'est plus offerte aux personnes résidentes depuis 2011, mais ignore les raisons qui ont poussé la direction à prendre cette décision.

Le fait que l'option de bain ne soit plus proposée aux personnes résidentes vient priver ces dernières d'une préférence en matière d'hygiène corporelle, ce qui pourrait avoir une incidence négative sur leur qualité de vie.

Sources : observations, entretiens avec des PSSP, une personne résidente et le ou la DSI. [110]

AVIS ÉCRIT : Programme d'activités récréatives et sociales

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 71 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme d'activités récréatives et sociales

Paragraphe 71 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

(b) l'élaboration, la mise en œuvre et la communication aux résidents et aux familles

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

d'un horaire pour les activités récréatives et sociales offertes pendant la journée, les soirs et les fins de semaine;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'activités récréatives et sociales comprenne l'élaboration, la mise en œuvre et la communication aux personnes résidentes et aux familles d'un horaire pour les activités récréatives et sociales offertes pendant la journée, les soirs et les fins de semaine.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, la personne présidente du conseil des résidents a demandé à parler à une inspectrice. La personne présidente a expliqué que, depuis qu'Universal Care a repris la gestion du foyer, les activités offertes aux personnes résidentes ont été considérablement réduites et que les personnes résidentes peuvent seulement regarder la télévision et jouer au bingo, sans sorties ni activités en soirée.

Un examen de l'horaire du programme de février et mars 2024 a confirmé qu'il n'y avait pas d'activités prévues en soirée. Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents d'octobre 2023 et de février 2024 ont révélé que les personnes résidentes étaient mécontentes du manque d'activités. Une aide en récréologie a confirmé qu'aucune activité n'était prévue en soirée cette année.

L'administratrice, gestionnaire par intérim du service de loisir, a expliqué qu'aucune activité en soirée n'avait été planifiée en raison d'un manque de personnel.

La qualité de vie des personnes résidentes est diminuée en raison du fait que le foyer ne propose pas d'activités récréatives et sociales en soirée.

Sources : horaire des activités récréatives et sociales, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents d'octobre 2023 et de février 2024 et entretiens avec une personne résidente, la personne présidente du conseil des résidents, l'aide en récréologie et l'administratrice. [110]

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

AVIS ÉCRIT : Programme d'activités récréatives et sociales

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 71 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme d'activités récréatives et sociales

Paragraphe 71 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

(c) des activités récréatives et sociales avec une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et dont la fréquence et le type bénéficient à tous les résidents et tiennent compte de leurs intérêts;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les activités récréatives et sociales comprennent une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et dont la fréquence et le type bénéficient à toutes les personnes résidentes et tiennent compte de leurs intérêts.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, la personne présidente du conseil des résidents a demandé à parler à une inspectrice. La personne présidente, qui réside au foyer depuis six ans, a révélé qu'elle parlait au nom des personnes résidentes et de leurs préoccupations concernant le manque d'activités proposées dans le foyer. La personne résidente a expliqué que depuis qu'Universal Care a repris la gestion du foyer, les activités offertes aux personnes résidentes ont été considérablement réduites et que les personnes résidentes ne font que regarder la télévision et jouer au bingo. La personne résidente a décrit un passé marqué par des prestations musicales en grands groupes, des animateurs, des activités et des sorties à l'intention des personnes résidentes.

Les inspectrices ont constaté un manque de programmes et d'activités dans le foyer tout au long de l'inspection et ont également observé qu'un auditorium désigné comme aire d'activités pour les personnes résidentes était

utilisé comme salle de repos pour le personnel. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que l'auditorium était auparavant un lieu où les personnes résidentes se rendaient pour participer à des activités; tous les jeudis,

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

on proposait un programme musical, un programme de déjeuner pour les lève-tôt, un café et de la musique, mais aujourd'hui, les activités organisées sont plus modestes dans l'unité. Une aide en récréologie a confirmé que des activités destinées à de grands groupes avaient été organisées dans l'auditorium (soirée cinéma, quilles, étude biblique) et que les personnes résidentes aimaient beaucoup cet endroit parce qu'il s'agissait d'une aire paisible dans le foyer.

Les procès-verbaux de deux réunions du conseil des résidents font état de préoccupations concernant le manque de divertissements et la nécessité d'organiser davantage de sorties et d'activités en général.

Une aide en récréologie a confirmé que le conseil des résidents permet de déterminer si le programme d'activités récréatives et sociales reflète la fréquence des activités et les intérêts des personnes résidentes. L'aide en récréologie était au courant que le conseil des résidents était insatisfait du manque d'activités et de sorties. Elle a confirmé que le service proposait moins d'activités en général, sans activités en soirée ni sorties planifiées, faute de budget. L'administratrice n'était pas au courant que les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents faisaient état d'une insatisfaction à l'égard du programme d'activités récréatives et sociales du foyer, mais elle a reconnu la nécessité d'apporter des améliorations dans ce domaine.

Le fait de ne pas répondre aux intérêts récréatifs et sociaux des personnes résidentes, en termes de fréquence et de type, a eu une incidence négative sur la qualité de vie des personnes résidentes.

Sources : observations, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, entretiens avec la personne présidente du conseil des résidents, l'aide en récréologie et l'administratrice. [110]

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 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 :

(c) les installations de chauffage, de ventilation et de climatisation sont nettoyées et en bon état et sont inspectées au moins tous les six mois par un particulier agréé, et une documentation est conservée au sujet de l'inspection;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent que les installations de ventilation soient nettoyées et en bon état.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer, les inspectrices ont remarqué de nombreux événements d'aération dans tout le foyer qui étaient recouverts d'épaisses couches de saleté et de poussière. Certains événements d'aération au plafond étaient pendants. L'un des événements d'aération était fixé au mur à l'aide d'un ruban adhésif.

Une demande a été faite à la personne consultante en services d'entretien des immeubles pour obtenir les dossiers ou l'horaire concernant le nettoyage des événements d'aération. Aucun dossier n'a été fourni.

Lors d'un entretien, une personne préposée à l'entretien a indiqué que le personnel des services d'entretien était chargé de nettoyer les événements d'aération dans les chambres des personnes résidentes et qu'il les nettoyait lorsqu'il remarquait que les événements étaient poussiéreux. La personne préposée à l'entretien a également indiqué qu'il n'y avait pas de calendriers de nettoyage des événements.

Lors d'un entretien, une personne résidente a déclaré que l'événement d'aération de sa chambre n'avait pas été nettoyé

depuis qu'elle avait emménagé en juin 2017.

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

Le fait de ne pas élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre qui garantissent que les installations de ventilation soient nettoyées et en bon état peut compromettre la sécurité et la qualité du renouvellement de l'air dans le foyer et mettre les personnes résidentes en danger.

Sources : observations, entretiens avec une personne préposée à l'entretien et une personne résidente. [741754]

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 98 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Paragraphe 98 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable désigné satisfasse aux exigences suivantes : b) connaître les pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, les pratiques couramment admises en ce qui a trait à l'entretien ménager, à la buanderie et à l'entretien, selon le cas; c) avoir au moins deux ans d'expérience dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision (ou, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, avoir les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées à un milieu de soins de santé ou à un milieu pertinent pour l'exercice des fonctions exigées par le poste). Article 22 du Règl. de l'Ont. 66/23

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un responsable soit désigné pour le programme des services d'entretien qui satisfasse aux exigences, à savoir qu'il possède les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour assumer ce rôle.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, les inspectrices ont

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

relevé de nombreux exemples de signes de délabrement important et généralisé. L'administratrice et la personne consultante en services d'entretien des immeubles

n'ont pas été en mesure de nommer une personne désignée comme responsable de l'entretien.

Aucun document ne désignait une personne du foyer comme responsable de l'entretien.

Lors d'un entretien, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué qu'elle supervisait les dépenses d'entretien et en immobilisations, les rénovations et les remises en état dans le cadre de visites trimestrielles périodiques. Elle a indiqué qu'elle était à l'emploi d'Universal Care inc. et qu'elle travaillait en tant que personne consultante. Elle a précisé qu'elle représente une ressource pour le personnel d'entretien sur place ainsi que pour l'administratrice. Lorsqu'on lui a demandé si elle était responsable de l'entretien du foyer, elle a répondu qu'elle travaillait en collaboration à ce titre. La personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué que personne dans le foyer n'a le titre officiel de responsable de l'entretien et qu'elle soutient ce rôle. Depuis un an et demi, elle assume le rôle de personne consultante en services d'entretien des immeubles au sein du foyer.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué qu'elle pensait que la personne consultante en services d'entretien des immeubles avait une description de poste telle que définie par Universal Care inc. L'administratrice a indiqué que la personne consultante en services d'entretien des immeubles supervise l'entretien et une partie de l'entretien ménager de l'immeuble et qu'elle est responsable de l'entretien de quelques autres immeubles dans le cadre de son mandat. Lorsqu'on lui a demandé s'il était prévu de trouver quelqu'un pour assumer le rôle de responsable de l'entretien ménager ou des services d'entretien, l'administratrice a répondu qu'il appartenait à Universal Care de le faire. Elle a également précisé que le bureau de la personne consultante en services d'entretien des immeubles se trouvait dans le foyer de soins de longue durée et que l'on attendait d'elle qu'elle voit à l'entretien du foyer, mais elle ne savait pas si l'employeur allait affecter quelqu'un d'autre à ce poste.

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

L'administratrice a indiqué que la personne consultante en services d'entretien des immeubles ne se consacre pas entièrement au foyer, car elle a d'autres responsabilités. L'administratrice a également indiqué que la personne consultante en services d'entretien des immeubles était considérée comme la personne responsable de l'entretien puisqu'elle supervise les deux employés de l'entretien. La personne consultante a veillé à ce que les réparations soient effectuées.

L'administratrice a dit que la personne consultante en services d'entretien des immeubles était toujours disponible en cas de problème. L'inspectrice a confirmé que la personne consultante en services d'entretien des immeubles était responsable du suivi de la réparation du plancher à l'extérieur de la salle à manger.

Lors d'un entretien, une personne préposée à l'entretien a indiqué qu'elle travaillait dans le foyer depuis environ 13 mois. À son entrée en fonction, elle a suivi et observé l'ancienne personne préposée à l'entretien pendant plusieurs semaines.

Cette personne a occupé le poste pendant un mois avant de démissionner. La personne préposée à l'entretien a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de formation ou d'orientation au moment de son embauche. Elle a déclaré qu'il n'y avait pas de responsable de l'entretien au sein du foyer et qu'elle rendait compte directement à la personne consultante en services d'entretien des immeubles. La personne préposée à l'entretien a indiqué que si quelque chose devait être réparé, elle en informerait la personne consultante en services d'entretien des immeubles, qui contacterait un entrepreneur.

L'absence d'un responsable désigné pour le programme de services d'entretien qui possède les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires entraîne le risque que le foyer ne soit pas entretenu de manière sûre et propre.

Sources : entretiens avec l'administratrice, la personne consultante en services d'entretien des immeubles et une personne préposée à l'entretien. [741754]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable désigné pour l'entretien

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

ménager possède les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour remplir son rôle, y compris la connaissance des pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, des pratiques couramment admises en ce qui a trait à l'entretien ménager.

Justification et résumé

L'administratrice s'est déclarée responsable de l'entretien ménager du foyer. Après que les inspectrices ont fait part de leurs observations révélant l'absence d'un programme structuré d'entretien ménager, l'administratrice a reconnu que ses compétences, ses connaissances et son expérience ne comprenaient pas la connaissance des pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, des pratiques couramment admises en ce qui a trait à l'entretien ménager.

L'absence d'un responsable désigné pour le programme d'entretien ménager qui possède les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires entraîne le risque que le foyer ne soit pas entretenu de manière sûre et propre.

Sources : observations et entretien avec l'administratrice. [110]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) 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. Paragraphe 102 (g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le foyer n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection

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

soient consignés et à ce que des mesures soient prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les personnes résidentes et les mettre en groupe au besoin.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un rapport d'incident critique relatif à une éclosion.

L'éclosion a touché 81 % des personnes résidentes du foyer.

L'examen des dossiers de surveillance et des dossiers médicaux a révélé qu'à une date donnée, une personne résidente a signalé à l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne qu'elle toussait et avait mal à la gorge depuis quelques jours. La personne résidente et la personne colocataire ont obtenu un résultat positif au dépistage de l'infection. Il n'y avait aucune preuve de surveillance pour détecter la présence d'infections à partir de l'apparition des symptômes signalés.

Lors d'un entretien, le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a indiqué qu'il était attendu du personnel autorisé qu'il procède à un contrôle quotidien des personnes résidentes afin de détecter toute présence d'infection et que la pratique dans le foyer consistait à avoir une ordonnance du médecin au dossier médical de toutes les personnes résidentes confirmant l'exécution du contrôle quotidien avec signature. Le dossier médical d'une personne résidente comportait une telle ordonnance. Le ou la responsable de la PCI et l'inspectrice ont examiné les dossiers médicaux des deux personnes résidentes avant la date spécifiée. Le ou la responsable a confirmé que l'ordonnance ne figurait pas au dossier des deux personnes résidentes et que le contrôle quotidien des symptômes n'avait pas été effectué pour ces personnes résidentes, comme il se doit. Le ou la responsable de la PCI a ensuite précisé qu'un examen de tous les dossiers médicaux des personnes résidentes avait été effectué pour garantir la mise en place d'une ordonnance de contrôle quotidien des personnes résidentes visant à détecter la présence d'une infection. Il n'y a pas eu de décès ni d'hospitalisation liés à l'éclosion.

L'absence de contrôle quotidien et de consignation des symptômes des personnes

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

résidentes indiquant la présence d'une infection a potentiellement empêché la détection précoce de l'infection d'une personne résidente, limitant l'accès à une action immédiate et à une réduction possible de la transmission.

Sources : rapport d'incident critique, registres de surveillance du foyer, dossiers médicaux de personnes résidentes et entretien avec le ou la responsable de la PCI.
[110]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 112 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

1. Une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son rapport au directeur à l'égard de l'incident allégué ou soupçonné de négligence envers une personne résidente comprenne une description de l'incident, notamment le type d'incident, la date et l'heure de l'incident et les circonstances qui l'entourent.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident de négligence envers une personne résidente de la part du personnel après avoir reçu une plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale de la personne résidente. La personne plaignante a exprimé un certain nombre de

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

préoccupations, notamment en ce qui concerne l'administration des médicaments, les ordonnances de mesures d'intervention médicales, l'absence de documents relatifs aux prescriptions préopératoires et la réponse tardive aux préoccupations exprimées en matière de soins. Le rapport d'incident critique ne contient aucun renseignement concernant la description de chaque incident, y compris le type, l'aire, la date et l'heure de l'incident et les circonstances qui l'ont entouré.

Un examen du rapport d'incident critique a révélé que la plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale avait été soumise au foyer à une date précise. Le rapport d'incident critique a été soumis par le foyer un jour plus tard. Les renseignements contenus dans

le rapport d'incident critique ont révélé de la négligence de la part du personnel envers la personne résidente. Dans le rapport d'incident critique, il est écrit sous la rubrique des résultats de l'enquête qu'il y a eu de multiples plaintes formulées par courriel de la part du ou de la mandataire et que l'enquête était justifiée. Le rapport d'incident critique ne contient aucun renseignement concernant la description des incidents, le type d'incident, les dates et heures des incidents et les circonstances qui les ont entourés.

Selon l'examen de la lettre de plainte soumise au titulaire de permis par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a constaté une tendance collective à la négligence et à la mauvaise gestion qui a eu des répercussions négatives sur la personne résidente.

Un examen des diagnostics médicaux de la personne résidente a révélé que celle-ci avait des besoins complexes liés à des problèmes de santé chroniques qui nécessitaient une surveillance fréquente.

Une lettre de réponse du titulaire de permis a été envoyée à la personne plaignante, avec des précisions distinctes pour chacune des sept préoccupations soulevées. La réponse du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI) concernant les événements survenus à une date précise indique que tous les membres du personnel ayant participé aux soins de la personne résidente aux dates indiquées ont été

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

interrogés et ont reçu des instructions pour suivre le programme de soins de la personne résidente et exécuter les tâches requises en matière de soins d'hygiène.

L'une des préoccupations exprimées par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale dans la lettre de plainte adressée au foyer concernait des soins inappropriés à une date déterminée. Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a également exprimé des inquiétudes quant au fait que les instructions précises pour un rendez-vous médical avaient été égarées.

Lors d'un entretien, le ou la DSI a indiqué que le foyer était responsable d'un certain nombre de préoccupations exprimées par la personne plaignante. Le ou la DSI a affirmé qu'elle avait interrogé tous les membres du personnel infirmier impliqués dans les incidents. Tous ces entretiens n'ont pas permis de déterminer quel membre du personnel avait prodigué des soins bucco-dentaires à la personne résidente à cette date précise. Le ou la DSI a confirmé que la lettre de réponse n'avait pas

satisfait le mandataire spécial ou la mandataire spéciale.

L'absence de description des incidents dans le rapport d'incident critique n'a pas mis la personne résidente en danger, mais a réduit la possibilité de garantir, d'une part, la responsabilité de la procédure d'enquête interne du foyer et, d'autre part, la prestation de soins adéquats et appropriés à la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique, plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale auprès du foyer, réponse du foyer à la plainte, réponse de la personne plaignante à l'enquête du foyer, entretien avec le ou la DSI. [741754]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 112 (1) 2) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi
Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment,
 - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans son rapport au directeur en cas de négligence alléguée ou soupçonnée, il communique le nom des membres du personnel présents lors de l'incident.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident de négligence envers une personne résidente de la part du personnel après avoir reçu une plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale de la personne résidente. La personne plaignante a exprimé à plusieurs reprises un certain nombre de préoccupations concernant les soins prodigués à la personne résidente. Le rapport d'incident critique ne contenait aucun renseignement concernant la description de chaque incident, notamment le nom des membres du personnel impliqués dans l'incident.

Un examen du rapport d'incident critique a révélé que la plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale avait été déposée auprès du foyer à une date déterminée. Le rapport d'incident critique a été soumis par le foyer un jour plus tard. Les renseignements contenus dans le rapport d'incident critique ont révélé de la négligence de la part du personnel envers la personne résidente. Dans le rapport d'incident critique, il est écrit sous la rubrique des résultats de l'enquête qu'il y a eu de multiples plaintes formulées par courriel de la part du ou de la mandataire et que l'enquête était justifiée. Le rapport d'incident critique ne contient aucun renseignement concernant la description des incidents, le type d'incidents, les dates et heures des incidents, les circonstances qui les ont entourées et le nom des membres du personnel impliqués.

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

Selon l'examen de la lettre de plainte soumise au titulaire de permis par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a constaté une tendance collective à la négligence et à la mauvaise gestion qui a eu des répercussions négatives sur la personne résidente.

Un examen des diagnostics médicaux de la personne résidente a révélé que celle-ci avait des besoins complexes liés à trois problèmes de santé chroniques qui nécessitent une surveillance fréquente.

Une lettre de réponse du titulaire de permis a été envoyée à la personne plaignante, avec des précisions distinctes pour chacune des sept préoccupations soulevées. La réponse du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI) concernant les circonstances lors d'une date précise et liées à des soins inappropriés indique que tous les membres du personnel ayant participé aux soins de la personne résidente ont été interrogés et ont reçu des instructions pour suivre le programme de soins de la personne résidente et effectuer les tâches requises en matière de soins d'hygiène.

L'une des préoccupations exprimées par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale dans la lettre de plainte adressée au foyer était liée à un autre incident de soins inappropriés. Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a également exprimé des inquiétudes quant au fait que les instructions précises pour un rendez-vous médical avaient été égarées.

Lors d'un entretien, le ou la DSI a indiqué que le foyer était responsable d'un certain nombre de préoccupations exprimées par la personne plaignante. Le ou la DSI a précisé avoir interrogé tous les membres du personnel impliqués dans les événements spécifiés, mais que ces entretiens n'avaient pas permis de déterminer qui avait fourni la voiture à ces moments-là. Le ou la DSI a confirmé que la lettre de réponse n'avait pas satisfait le mandataire spécial ou la mandataire spéciale.

L'absence de description des incidents et d'identification du personnel impliqué dans

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

l'incident critique n'a pas mis la personne résidente en danger, mais a réduit la possibilité de garantir, d'une part, la responsabilité de la procédure d'enquête interne du foyer et, d'autre part, la prestation de soins adéquats et appropriés à la personne résidente.

Sources : rapport d'incident critique, plainte du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale auprès du foyer, réponse du foyer à la plainte, réponse de la personne plaignante à l'enquête du foyer, entretien avec le ou la DSI. [741754]

AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 356 (3) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas préalablement obtenu l'approbation du directeur avant de transformer l'espace d'une personne résidente en salle de repos pour le personnel.

Justification et résumé

Lors de la visite du foyer, les inspectrices ont constaté que l'ascenseur permettait d'accéder au sous-sol où se trouvait une grande pièce utilisée comme salle de repos pour le personnel. L'examen du plan d'étage du foyer de soins de longue durée a permis de définir la grande salle comme un auditorium désigné comme aire réservée aux personnes résidentes. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé qu'avant la pandémie de COVID-19, l'auditorium était un lieu où les personnes résidentes se rendaient pour participer à des activités. Tous les jeudis, le foyer proposait un programme musical, un déjeuner pour les lève-tôt ainsi que du

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

café et une période de musique. Aujourd'hui, le foyer propose des activités plus modestes et le personnel utilise l'auditorium comme salle de repas. Une aide en récréologie a confirmé que des activités destinées à de grands groupes avaient été organisées dans l'auditorium (soirée cinéma, quilles, étude biblique) et que les personnes résidentes aimaient beaucoup cet endroit parce qu'il s'agissait d'une aire paisible dans le foyer.

L'administratrice, nouvelle au foyer depuis octobre 2023, savait que l'auditorium était une aire réservée aux personnes résidentes et qu'il était maintenant utilisé comme salle de repos pour le personnel. Elle n'a pas été en mesure de confirmer si le directeur ou la directrice avait approuvé la nouvelle utilisation de l'auditorium ou s'il était prévu de reconverter l'espace en aire réservée aux personnes résidentes.

La qualité de vie des personnes résidentes a été diminuée par la conversion d'un grand espace destiné à des activités en grands groupes et réservé aux personnes résidentes en une salle de repos pour le personnel.

Sources : observations, plan d'étage du foyer de soins de longue durée et entretiens avec la PSSP, l'aide en récréologie et l'administratrice. [110]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

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

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

1. Voir à ce que l'équipe de direction du foyer élabore et mette en œuvre un plan de communication afin d'informer le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente n° 00 des soins à la personne résidente, du programme de soins de cette dernière et des changements liés à celle-ci.
2. Voir à ce que l'équipe de direction du foyer collabore avec le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente n°00 à l'élaboration du plan de communication. Le plan de communication doit au moins préciser la fréquence des communications avec le mandataire spécial ou la mandataire spéciale.
3. Désigner un membre de la direction des soins infirmiers pour former l'ensemble du personnel infirmier autorisé sur les exigences de documentation relatives à l'outil PCC lors des communications avec les membres de la famille.
4. Consigner les détails sur la personne ayant donné la nouvelle formation, le contenu de la nouvelle formation, l'heure et la date de la formation ainsi que les noms des membres du personnel présents à la nouvelle formation. Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.
5. Désigner un membre de la direction des soins infirmiers pour vérifier les notes d'évolution de la personne résidente n°001 chaque semaine pendant quatre semaines afin que toute communication entre un membre du personnel et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente soit documentée.
6. Fournir les résultats de la vérification à l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent ensemble lors de la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente, de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident de négligence envers une personne résidente de la part du personnel en réponse à une plainte déposée au foyer par le mandataire spécial ou la mandataire

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

spéciale de la personne résidente. La personne plaignante avait un certain nombre de préoccupations concernant les soins.

Dans une lettre de plainte soumise au foyer, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente a indiqué avoir fait part de ses préoccupations au personnel infirmier concernant la perte de la capacité de sensation chez cette personne résidente. Comme aucune mesure n'avait été prise à ce sujet, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a porté le problème directement à l'attention du médecin un mois plus tard. L'examen des ordonnances du médecin a révélé que ce dernier avait rédigé des ordonnances pendant cette période pour un traitement qui a été répété deux semaines plus tard. Le médecin a examiné la personne résidente peu de temps après et la cause du problème a été déterminée. Les notes d'évolution indiquent que l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne a ensuite administré la mesure d'intervention à deux reprises.

Dans la lettre de plainte, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a exprimé ses préoccupations concernant l'état de santé de la personne résidente, tel qu'il a été rapporté par le personnel infirmier. En se fondant sur la connaissance des problèmes de santé de ses parents et sur les renseignements fournis par l'hôpital, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a reconnu que l'état de santé de la personne résidente dépassait son seuil de tolérance. Il y a eu examen des modifications des mesures d'intervention médicales par l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne et le médecin au registre d'administration des médicaments de la personne résidente. La personne plaignante a déclaré que le personnel infirmier lui avait fourni des renseignements contradictoires sur les mesures d'intervention ordonnées et

sur la connaissance qu'avait le personnel de ces ordonnances. La personne résidente avait reçu des diagnostics médicaux importants qui nécessitaient un suivi diligent de son état de santé. L'examen des éléments dans le registre d'administration des médicaments pour un mois donné a révélé que l'état de santé de la personne résidente se situait en dehors du seuil tolérable sur 32 des 56 éléments consignés. Aucun élément dans les notes d'évolution n'indiquait que la mesure d'intervention médicale avait été modifiée pour se situer dans la fourchette précisée dans l'ordonnance. Aucun élément dans le registre d'administration des médicaments

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

n'indique que l'état de santé de la personne résidente a été mesuré avant l'amorce de la deuxième ordonnance.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a fourni une réponse générique à la personne plaignante pour trois plaintes différentes. L'examen de la réponse de la personne plaignante aux résultats de l'enquête du foyer a montré que ces résultats ne satisfaisaient pas la personne plaignante, qui citait l'inefficacité du foyer à répondre à des préoccupations précises concernant les soins. La personne plaignante a répété qu'elle informait le personnel infirmier après toutes les conversations avec le médecin et qu'elle demandait toujours à l'infirmier ou à l'infirmière ou encore à l'infirmier ou à l'infirmière gestionnaire de communiquer avec elle par téléphone.

Lors d'un entretien téléphonique, la personne plaignante a déclaré que l'une de ses principales préoccupations était le manque de communication de la part du personnel soignant.

Le ou la DSI a reconnu un problème de communication entre le médecin de la personne résidente et le personnel, après avoir communiqué avec le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente.

Le ou la DSI a confirmé des exemples de communications non documentées, incohérentes ou incomplètes entre les membres de l'équipe soignante, ainsi que des questions précises soulevées à plusieurs reprises par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale concernant les soins à la personne résidente.

Le manque de collaboration entre les membres du personnel et l'absence de documentation des communications du mandataire spécial ou de la mandataire spéciale ou avec cette personne mandataire ont fait courir à la personne résidente le risque de ne pas recevoir les soins nécessaires en temps voulu.

Sources : entretiens avec le ou la DSI et la personne plaignante, examen des notes d'évolution, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée,

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

registre d'administration des médicaments, lettre de réponse du ou de la DSI à la plainte, lettre de réponse de la personne plaignante aux résultats de l'enquête du foyer de soins de longue durée. [741754]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (1) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

(c) un programme structuré de services d'entretien.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

1. Désigner un gestionnaire des services environnementaux possédant les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour assumer ce rôle et voir à créer et à mettre en œuvre un programme structuré de services d'entretien.
2. Voir à ce que le gestionnaire des services environnementaux élabore et met en œuvre un programme structuré de services d'entretien qui dresse la liste de toutes les réparations et de tous les besoins d'entretien du foyer, y compris, mais sans s'y limiter, la réparation du revêtement de sol, des murs, des carreaux de douche, des cloisons sèches, du béton, de la peinture, de l'éclairage, de l'électricité, du chauffage et de la climatisation.
3. Créer un plan détaillé pour les grands projets de réparation, par exemple le plancher à l'extérieur de la salle à manger et l'éclairage au salon du deuxième étage.
4. Conserver les documents relatifs aux devis requis pour tous les projets et les mettre à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.
5. Veiller à ce que toutes les réparations du revêtement de sol, des carreaux des douches, des cloisons sèches, du béton et des surfaces à peindre soient effectuées.
6. Vérifier le programme une fois par semaine pendant six semaines pour s'assurer que les tournées quotidiennes sont effectuées,

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

que toutes les demandes de réparation sont documentées et que les réparations sont achevées.

7. Mettre le programme écrit des services d'entretien et les résultats de la vérification à la disposition des inspectrices dès qu'elles en font la demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit instauré, à l'égard du foyer, un programme structuré de services d'entretien.

Justification et résumé

Plusieurs observations ont été faites dans les couloirs, les salons des personnes résidentes, les chambres des personnes résidentes, les toilettes des personnes résidentes, les salles de douche, les aires communes et les aires menant à la grande salle à manger, qui présentaient des signes généralisés de délabrement.

- De nombreux insectes morts ont été trouvés dans le rail de la fenêtre à l'extrémité de l'aile sud du premier étage.
- Plusieurs zones de plâtre et de cloisons sèches sont exposées et le béton s'effrite. Bon nombre de ces zones exposées se trouvaient dans des coins et présentaient des extrusions de métal.
- Trois cônes de sécurité ont été collés au plancher à l'extérieur de la salle à manger pour couvrir des trous dans le plancher.
- Des bords de comptoir exposés avec du stratifié manquant ont été constatés au poste de soins infirmiers du premier étage.
- Certaines zones de cloisons sèches dans les couloirs ont démontré qu'elles avaient été réparées, mais qu'il fallait les repeindre.
- La peinture est écaillée et rayée sur plusieurs portes, cadres de portes et murs.
- Une partie de la main courante est manquante dans le couloir est du deuxième étage.

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

- La moitié du mur de la salle de douche des personnes résidentes est recouverte d'un sac poubelle en plastique vert.
- De nombreux carreaux dans les douches des personnes résidentes étaient fissurés et les joints étaient sales.
- Le plâtre s'écaille et s'effrite dans les salles de douche des personnes résidentes.
- Du ruban adhésif recouvre le bord de la main courante au premier étage. À de nombreux endroits où le revêtement de sol (continu) s'incurve pour former des plinthes au bas des murs, le revêtement s'est détaché du mur et ces zones sont remplies de débris et de saleté.
- Quatre prises électriques sont exposées (sans plaque).
- La fenêtre d'une chambre d'une personne résidente était ouverte d'environ 5 cm et il était impossible de la refermer. La personne résidente a déclaré que la fenêtre était dans cet état depuis plus de deux mois.
- Plusieurs zones de fissures ont été constatées dans le revêtement de sol du couloir.
- Dans l'aire de transition vers la salle de bain dans la chambre d'une personne résidente, le revêtement de sol était déchiré et soulevé (la personne résidente est ambulatoire et présente un risque élevé de chutes).
- Au cours de cette visite, il a été constaté qu'une des deux ampoules était brûlée dans deux salles de bain pour personnes résidentes. Les inspectrices en ont informé la personne consultante en services d'entretien des immeubles et la personne préposée à l'entretien. Le dernier jour de l'inspection, les ampoules n'avaient pas été remplacées.

Lors d'un entretien, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué que des inspections quotidiennes du foyer étaient effectuées. Lorsque l'inspectrice a montré des photos des aires en mauvais état, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a déclaré qu'elle n'était pas au courant de ces problèmes. La personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué qu'il y a du personnel sur place qui s'occupe du rapiéçage et des réparations, ainsi

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

que de la peinture. Cette même personne a précisé qu'elle avait demandé des devis pour la réparation du revêtement de sol à l'extérieur de la salle à manger et la réparation de l'éclairage dans le salon des personnes résidentes au deuxième étage ainsi qu'un devis pour des diffuseurs de lumière à installer sur les tubes fluorescents dans l'ensemble de l'immeuble. À la fin de l'inspection, aucun devis n'avait été fourni à l'inspectrice. La personne consultante en services d'entretien des immeubles a reconnu que de nombreuses infrastructures de

l'immeuble avaient besoin d'être réparées ou remplacées. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il en était du programme de services d'entretien périodique, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a répondu qu'il s'agissait d'une inspection de haut en bas de l'immeuble, d'une prise de note des choses à réparer et d'un triage en fonction de l'absolue nécessité. La personne consultante en services d'entretien des immeubles a indiqué que les décisions sont prises en fonction des mesures pouvant être immédiatement prises en charge par le personnel du site et des réparations pouvant éventuellement nécessiter le recours à des entrepreneurs. La personne consultante en services d'entretien des immeubles a déclaré que le foyer est maintenu dans un état sûr et en bon état de réparation. Après avoir examiné les photos prises par l'inspectrice, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a répété qu'elle estimait que le foyer était en bon état et a indiqué qu'il n'y avait pas de fonds disponibles pour effectuer les réparations nécessaires.

Lors d'un entretien, l'administratrice a confirmé que la personne consultante en services d'entretien des immeubles était responsable du suivi de la réparation du plancher à l'extérieur de la salle à manger, qu'il y avait des problèmes avec l'immeuble en soi et qu'il y avait des choses qui devaient être réparées. L'administratrice a mentionné que l'immeuble n'était pas équipé de gicleurs et qu'elle envisageait d'en installer avant la date limite. Lorsqu'on lui a demandé si le foyer était maintenu en bon état, l'administratrice a répondu que le personnel l'entretenait du mieux qu'il pouvait.

La personne préposée à l'entretien a indiqué qu'elle est mise au courant de ce qui nécessite des réparations ou de l'attention grâce à deux journaux de bord situés aux

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

étages. Le personnel de soins et d'entretien ménager inscrit toute préoccupation dans le journal de bord. La personne préposée a déclaré qu'elle examinait chaque demande dans le journal de bord et qu'elle y donnait suite ou précisait comment la demande serait traitée en cas d'incapacité de corriger la situation. Elle a également déclaré qu'elle ne pourrait pas savoir si l'information n'était pas consignée dans le journal de bord. Elle a ajouté qu'elle préférerait une méthode plus simplifiée pour communiquer au personnel ses préoccupations en matière d'entretien. La personne préposée à l'entretien a confirmé qu'elle rencontre la personne consultante en services d'entretien des immeubles chaque dernier mercredi du mois en cours. En cas de problème, la personne préposée à l'entretien a indiqué qu'elle le signale à la

personne consultante en services d'entretien des immeubles. La personne préposée à l'entretien a précisé que lorsqu'elle se présente chaque jour au foyer, elle vérifie la chaufferie et l'eau et s'assure que tout fonctionne bien. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il en était de la réparation et de la gestion des fissures ou des ruptures au niveau des planchers et des joints, la personne préposée à l'entretien a déclaré qu'elle portait les problèmes à l'attention de la personne consultante en services d'entretien des immeubles parce que ces problèmes constituent des risques de trébuchement; la direction en a été informée à de nombreuses reprises.

Le fait de ne pas mettre en place un programme structuré de services d'entretien contribue à créer un environnement mal entretenu, délabré et dangereux pour les personnes résidentes.

Sources : observations dans le foyer et entretiens avec l'administratrice, la personne consultante en services d'entretien des immeubles et la personne préposée à l'entretien.

[741754]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 3 juillet 2024

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Planification des menus

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 77 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'un menu personnalisé soit élaboré pour chaque personne résidente dont les besoins ne peuvent être satisfaits par le cycle de menus du foyer [traduction]. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) travaillera avec la personne résidente n° 001 et son mandataire spécial ou sa mandataire spéciale pour créer un menu personnalisé qui répond aux besoins nutritionnels de la personne résidente

et qui est agréable au goût et acceptable pour la personne résidente.

2. Le ou la Dt.P. doit veiller à ce que le personnel des services de diététique, dans l'aire de résidence de la personne résidente, soit au courant du menu personnalisé de la personne résidente et qu'il lui est demandé de documenter l'acceptation de la personne résidente pendant une période de quatre semaines.

3. Le ou la Dt.P. doit consigner les détails de la séance d'information, l'heure, la date et le nom des membres du personnel qui ont suivi cette séance d'information, puis les mettre à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

4. Le ou la Dt.P. assurera un suivi hebdomadaire auprès de la personne résidente et du personnel de première ligne et examinera les registres de prise de nourriture et de liquides de la personne résidente afin d'évaluer ses préférences et sa prise alimentaire globale sur une période de quatre semaines. Les évaluations hebdomadaires de suivi sont consignées dans le dossier médical de la personne résidente, de même que toute modification ultérieure du menu.

5. Après les quatre semaines, le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des services de diététique élaborent et mettent en œuvre un plan de communication pour évaluer le menu personnalisé à une fréquence convenue par la personne résidente n°001 pour

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

revoir son plan de menus. Doivent être conservées des traces écrites du plan de communication, de la discussion et de l'entente avec la personne résidente.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un menu personnalisé soit élaboré pour une personne résidente dont les besoins ne pouvaient être satisfaits par le cycle de menus du foyer.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur ou à la directrice un rapport d'incident critique concernant un incident de négligence envers une personne résidente de la part du personnel en réponse à une plainte déposée par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale. Parmi les préoccupations soulevées par le mandataire spécial ou la mandataire spéciale en matière de nutrition, citons l'absence de réponse opportune aux besoins changeants de la personne résidente en matière d'aide à l'alimentation, le fait que la nourriture soit servie tardivement, l'absence de mesures d'interventions liées à la diminution de la prise alimentaire

et l'admission ultérieure de la personne résidente à l'hôpital en raison de problèmes nutritionnels.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que son état nutritionnel s'était dégradé. La personne résidente a été aiguillée vers le ou la Dt.P. en raison de ses difficultés de mastication et de déglutition. La personne résidente a été acheminée à l'hôpital en raison de l'évolution de son état de santé. Elle avait déjà été admise à l'hôpital quelques jours auparavant à cause d'un autre problème nutritionnel. Il a été noté que le ou la Dt.P. a communiqué avec le mandataire spécial ou la mandataire spéciale pour l'informer que la personne résidente n'aimait pas la nourriture de la cuisine. Le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a ensuite apporté de la nourriture maison, qui a été placée dans le réfrigérateur.

L'examen de la glycémie de la personne résidente entre la mi-décembre 2023 et

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

février 2024 a révélé des fluctuations importantes allant de 1,7 millimole par litre (mmol/L) à 36,5 mmol/L. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente a révélé 10 incidents d'hypo/hyperglycémie grave (moins de 4 mmol/L ou plus de 20 mmol/L) entre la mi-décembre 2023 et la fin du mois de février 2024.

L'examen du programme de soins de la personne résidente relatif aux risques nutritionnels a montré que la personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé en raison d'un diagnostic, de multiples intolérances et aversions alimentaires, d'infections antérieures et d'un problème de santé chronique. .

L'examen du document sur les renseignements sur la personne résidente (Resident Detail) fourni par le directeur ou la directrice du service de l'alimentation a permis de constater que l'ordonnance relative au régime alimentaire ne prévoyait pas de menu individualisé.

Lors d'un entretien, le ou la Dt.P. a confirmé que la personne résidente avait de nombreuses aversions alimentaires et qu'elle était « très particulière ». De même, l'état de santé de la personne résidente fluctuait considérablement et était difficile à gérer. Le ou la Dt.P. a confirmé que la personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé en raison de ses restrictions personnelles, de ses multiples aversions et intolérances et de son état de santé.

Le directeur ou a directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale s'inquiétait de l'absence d'un aiguillage rapide vers le ou la Dt.P. lorsque la personne résidente présentait une diminution de la prise alimentaire. Le ou la DSI a déclaré que, bien que des demandes d'aiguillage aient été adressées au ou à la Dt.P., ces demandes n'étaient pas liées à l'évolution de l'état nutritionnel de la personne résidente. . Le ou la DSI a déclaré que le personnel aurait dû être plus proactif dans l'aiguillage de la personne résidente et que le foyer était fautif.

L'absence de menu individualisé a exposé la personne résidente à un risque permanent de prise alimentaire inadéquate.

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

Sources : entretiens avec le ou la DSI et le ou la Dt.P., examen des notes d'évolution, programme de soins relatif aux risques nutritionnels, document sur les renseignements sur la personne résidente (Resident Detail) en matière d'alimentation, demandes d'aiguillage vers une personne diététiste. [741754]

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 4 juin 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Entretien ménager

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 93 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

- (i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs;
- (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Le ou la gestionnaire des services environnementaux élaborera et mettra en œuvre des marches à suivre relatives à l'entretien ménager visant les pratiques de nettoyage et de désinfection dans l'ensemble du foyer, sur la base de pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, sur des pratiques couramment admises.
2. Fournir à l'ensemble du personnel d'entretien ménager une nouvelle formation sur les marches à suivre élaborées en matière de nettoyage et de désinfection.
3. Consigner dans un dossier les détails sur la personne ayant donné cette formation, le contenu de la formation, l'heure et la date de la formation ainsi que les noms des membres du personnel présents à la formation. Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.
4. Les marches à suivre en matière de nettoyage et de désinfection doivent être mises à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.
5. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) procédera

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

à une vérification hebdomadaire des pratiques de nettoyage et de désinfection sur une période de huit semaines, en relevant précisément les pratiques observées, les produits utilisés et les mesures correctives prises, le cas échéant.

6. Mettre les vérifications à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé, dans le cadre du programme d'entretien ménager, à ce que des marches à suivre en matière de nettoyage et de désinfection soient mises en œuvre dans le foyer.

Justification et résumé

Tout au long de l'inspection, dans le cadre de l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI), les inspectrices n° 110 et n° 741754 ont vérifié la propreté dans le foyer, y compris dans les aires communes, les salles de douche à chaque étage, les chambres et les salles de bain des personnes résidentes. Les inspectrices ont constaté que les murs partiellement rainurés entourant les aires communes présentaient une accumulation importante de poussière. La zone murale située sous l'aquarium de l'aire commune du rez-de-chaussée semblait sale, présentant des éclaboussures et des traces de liquide et de débris. Les inspectrices ont constaté que les planchers de plusieurs chambres de personnes résidentes étaient sales et parfois collants. Les carreaux et les cloisons des salles de douche étaient également souillés, des lignes noires étant visibles entre les carreaux et un sac en plastique noir étant collé dans le coin du mur de la douche.

Lors d'un entretien, Un aide-ménager ou une aide-ménagère du premier étage a dit utiliser le nettoyant et le désinfectant polyvalent au peroxyde d'hydrogène Ecolab, mais aucune marche à suivre n'avait été élaborée pour le nettoyage des chambres des personnes résidentes, y compris le nettoyage des planchers, des meubles, des surfaces de contact et des murs. L'aide-ménager ou aide-ménagère a révélé qu'il existait auparavant un programme de nettoyage périodique, mais qu'il n'existait plus.

Un aide-ménager ou une aide-ménagère du deuxième étage a indiqué que la politique de nettoyage était affichée dans l'armoire de service. Les inspectrices ont demandé à voir les renseignements affichés. Des affiches manuscrites ont été vues dans l'armoire de service, indiquant au personnel d'utiliser le nettoyant désinfectant neutre et le nettoyant désinfectant multisurfaces au peroxyde. L'aide-ménager ou aide-ménagère

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

a toutefois précisé que ces affiches n'étaient pas à jour ou correctes, car le personnel au foyer n'utilisait plus le nettoyant désinfectant neutre, se servant uniquement du nettoyant désinfectant multisurfaces au peroxyde.

Au cours d'un entretien avec la responsable de l'entretien ménager, identifiée comme l'administratrice, les inspectrices ont demandé les routines de travail en entretien ménager comprenant la fréquence et les calendriers de nettoyage, comme indiqué dans la description du poste de superviseur des services environnementaux de Universal Care (description de poste 27). Une politique sur le résumé des marches à suivre en matière de nettoyage (Cleaning Procedures Summary) a été fournie et mentionne que le superviseur des services environnementaux ou la personne déléguée doit ajouter au manuel des marches à suivre en matière de nettoyage qui sont propres à l'installation, s'il y a lieu. Aucun document sur les routines ou les calendriers de nettoyage n'a été présenté aux inspectrices.

Du fait que personne n'a veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre relativement aux pratiques de nettoyage et de désinfection des chambres des personnes résidentes et des aires communes, y compris les planchers, il existait un risque de propagation d'agents infectieux. Les personnes résidentes risquaient également de ne pas pouvoir profiter de leur cadre de vie à l'intérieur des aires du foyer en raison de l'insalubrité et de la malpropreté.

Sources : observations, description du poste de superviseur des services environnementaux de Universal Care, marches à suivre en matière de nettoyage de Universal Care, affiches de nettoyage dans l'armoire de service, rapports du système de rapports d'incidents critiques, entretiens avec les aides-ménagers et aides-ménagères et la responsable de l'entretien ménager (administratrice). [110]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Services d'entretien

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien

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

prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Veiller à ce que le ou la gestionnaire des services environnementaux établisse et mette en œuvre des calendriers et des marches à suivre en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif, y compris le nettoyage de tous les événements d'aération. Au minimum, ces calendriers précisent la nature des tâches, la fréquence des travaux d'entretien périodique, préventif et correctif (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle), la personne responsable de l'exécution des tâches d'entretien et la répartition des tâches d'entretien dans le foyer et les aires communes.
2. Le ou la gestionnaire des services environnementaux veille à ce que les calendriers et les marches à suivre en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif soient mis à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.
3. Le ou la gestionnaire des services environnementaux vérifiera les calendriers sur une base hebdomadaire pendant une période de huit semaines, où seront indiquées précisément les tâches d'entretien périodique, préventif et correctif qui ont été définies et réalisées.
4. Mettre les vérifications à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des calendriers et des marches à suivre soient prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif dans le cadre du programme structuré des services d'entretien.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, les inspectrices ont relevé de nombreux exemples de signes de délabrement important et généralisé. Plusieurs observations ont été faites dans les couloirs, les salons des personnes résidentes, les chambres des personnes résidentes, les toilettes des personnes

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

résidentes, les salles de douche, les aires communes et l'aire menant à la grande salle à manger, qui présentaient des signes généralisés de délabrement :

- De nombreux insectes ont été trouvés dans le rail de la fenêtre à l'extrémité de l'aile sud du premier étage.
- Plusieurs zones de plâtre et de cloisons sèches étaient exposées. Bon nombre de ces zones exposées se trouvaient dans des coins et présentaient des extrusions de métal.
- Trois cônes de sécurité ont été collés au plancher à l'extérieur de la salle à manger pour couvrir des trous dans le plancher.
- Des bords de comptoir exposés avec du stratifié manquant ont été constatés au poste de soins infirmiers du premier étage.
- Certaines zones de cloisons sèches dans les couloirs ont démontré qu'elles avaient été réparées, mais qu'il fallait les repeindre.
- La peinture est écaillée et rayée sur plusieurs portes, cadres de portes et murs.
- Une partie de la main courante est manquante dans le couloir est du deuxième étage.
- La moitié du mur de la salle de douche des personnes résidentes est recouverte d'un sac poubelle en plastique noir.
- Le plâtre s'écaille et s'effrite dans les salles de douche des personnes résidentes.
- Du ruban adhésif recouvre le bord de la main courante au premier étage. À de nombreux endroits où le revêtement de sol (continu) s'incurve pour former des plinthes au bas des murs, le revêtement s'est détaché du mur et ces zones sont remplies de débris et de saleté.
- Quatre prises électriques sont exposées (sans plaque).
- La fenêtre d'une chambre d'une personne résidente était ouverte d'environ 5 cm et il était impossible de la refermer. La personne résidente a déclaré que la fenêtre était dans cet état depuis plus de deux mois.
- Plusieurs zones de fissures ont été constatées dans le revêtement de sol des couloirs.
- Dans l'aire de transition vers la salle de bain dans la chambre d'une personne résidente, le revêtement de sol était déchiré et soulevé (la personne résidente est ambulatoire et présente un risque élevé de chutes).

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

L'inspectrice n° 741754 a fait une visite impromptue au bureau de la personne consultante en services d'entretien des immeubles et a demandé les documents suivants :

1. Calendriers et marches à suivre en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.
2. Vérifications proactives concernant les réparations des immeubles.
3. Calendrier des travaux de peinture.
4. Calendrier d'entretien prévoyant le nettoyage des événements d'aération.
5. Plan d'action ou devis pour la réparation du plancher à l'extérieur de la salle à manger.

Au cours de cette conversation, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a été observée en train de noter les documents demandés. L'inspectrice a adressé une deuxième demande à la personne consultante en services d'entretien des immeubles pour obtenir les documents, mais aucun document n'a été fourni.

Lors d'un entretien, la personne consultante en services d'entretien des immeubles a déclaré qu'il existait des calendriers et des marches à suivre pour ce qui est de l'entretien périodique, préventif et correctif. Elle a accepté de les fournir.

Lors d'un entretien, la personne préposée à l'entretien a déclaré qu'il n'y avait rien par écrit concernant les tâches d'entretien préventif ou périodique. La personne préposée à l'entretien a dit être au courant de ce qui nécessitait de l'attention ou une réparation grâce aux deux journaux de bord d'entretien situés à chacun des étages. Le personnel de soins et d'entretien ménager inscrit toute préoccupation dans les journaux de bord. La personne préposée à l'entretien a déclaré qu'elle examinait chaque demande dans le journal de bord et qu'elle y donnait suite ou précisait dans une réponse écrite dans ce journal comment la demande serait traitée en cas d'incapacité de corriger la situation. Elle a également déclaré qu'elle ne pourrait pas savoir si l'information n'était pas consignée dans le journal de bord. En cas de problème, la personne préposée à l'entretien a affirmé qu'elle le signale à la personne consultante en services d'entretien des immeubles. La personne préposée à l'entretien a précisé que ses

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

responsabilités étaient définies dans sa description de poste. Lorsqu'elle se présente au travail chaque jour, elle vérifie la chaufferie et l'eau et s'assure que tout fonctionne bien. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il en était de la réparation et de la gestion des fissures ou des ruptures au niveau des planchers et des joints, la personne préposée à l'entretien a déclaré qu'elle portait les problèmes à l'attention de la personne consultante en services d'entretien des immeubles parce que ces problèmes constituent des risques de trébuchement; la direction en a été informée à plusieurs reprises.

L'absence de calendriers et de marches à suivre propres à l'entretien périodique, préventif et correctif peut empêcher que les réparations et les travaux d'entretien nécessaires soient signalés et effectués, ce qui compromet la prestation d'un environnement sûr.

Sources : observations, entretiens avec la personne consultante en services de l'entretien des immeubles et la personne préposée à l'entretien. [741754]

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Le ou la responsable de la PCI et la responsable de l'entretien ménager doivent fournir à l'ensemble du personnel d'entretien ménager une nouvelle formation portant sur les rôles et les procédures de nettoyage des chambres d'isolement deux fois par jour pendant tout type d'isolement individuel ainsi que pendant une éclosion reconnue. Un registre de cette formation sera conservé et comprendra le contenu, les

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

dates de la formation, le nom de la personne ayant donné la formation et une liste des membres du personnel participants. Ce registre doit être mis à la disposition des inspectrices dès qu'elles en font la demande.

2. Le ou la responsable de la PCI élaborera et mettra en œuvre une politique d'entretien ménager visant à améliorer les procédures de nettoyage de l'environnement en cas d'éclosion au foyer, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques exemplaires. Cette politique doit être mise à la disposition des inspectrices dès qu'elles en font la demande.

3. Le ou la responsable de la PCI ou la personne déléguée effectuera deux fois par jour, sur une période de quatre semaines, des vérifications sur le respect par le personnel de la politique de nettoyage de toutes les chambres nécessitant un isolement ainsi qu'en cas d'isolement lors d'une éclosion. Les vérifications doivent préciser quand et comment les chambres d'isolement sont nettoyées, par qui et quelle formation ponctuelle ou action corrective est nécessaire.

4. S'il n'y a pas d'éclosion ou de chambre d'isolement après réception de cet ordre de mise en conformité, le ou la responsable de la PCI, ou une personne désignée par la direction et formée à cet effet, doit procéder à une vérification du respect de la politique relative aux pratiques de nettoyage périodiques des surfaces à fort contact sur une période de quatre semaines. Les vérifications doivent préciser quelles surfaces à fort contact sont nettoyées, à quel moment, par qui et quelle formation ponctuelle ou action corrective est nécessaire.

5. Mettre les vérifications à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre une norme que le directeur ou la directrice a délivrée à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre des procédures de nettoyage de l'environnement modifiées ou améliorées conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 » (Norme de PCI). Plus précisément, les chambres d'isolement n'ont pas été nettoyées deux fois par jour pendant une éclosion, comme le prévoit l'exigence supplémentaire 9.1 (g) aux termes de la Norme de PCI.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un rapport d'incident critique signalant qu'une éclosion avait été déclarée. L'éclosion a touché 81 % des personnes résidentes du

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

foyer. Un examen du système de rapports d'incidents critiques du Ministère a révélé qu'une éclosion était déjà survenue dans le foyer

le mois précédent.

Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a indiqué que les mesures de nettoyage de l'environnement améliorées dans les aires touchées consistaient à nettoyer les surfaces fréquemment touchées deux fois par jour à l'aide d'un désinfectant de bas niveau au minimum.

Aucune politique ou procédure d'entretien n'a été fournie aux inspectrices sur demande indiquant les procédures de nettoyage améliorées lorsque le foyer est touché par une éclosion.

Les entretiens avec les aides-ménagers ou aides-ménagères responsables du nettoyage des chambres des personnes résidentes n'ont pas révélé que les surfaces fréquemment touchées étaient nettoyées deux fois par jour, en particulier dans les chambres d'isolement, en cas d'éclosion dans l'aire du foyer. Ces aides-ménagers ou aides-ménagères ont dit nettoyer les chambres une fois par jour.

L'administratrice et responsable de l'entretien ménager a confirmé que le personnel d'entretien ménager était censé voir au nettoyage amélioré, deux fois par jour, des surfaces fréquemment touchées dans les chambres d'isolement en cas d'éclosion dans l'aire du foyer.

L'absence de mise en œuvre de procédures de nettoyage de l'environnement améliorées, en particulier le nettoyage des chambres d'isolement deux fois par jour pendant une éclosion, a augmenté le risque de transmission de la maladie.

Sources : système de rapports d'incidents critiques du Ministère et entretiens avec les aides-ménagers ou aides-ménagères, le ou la responsable de la PCI et l'administratrice et responsable de l'entretien ménager. [110]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 12 juin 2024.

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

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 licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

(a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
(b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;

(c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

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

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

courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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.

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

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 l'avis d'appel et 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.