

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1103-0001

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Main Street Terrace, Toronto

Inspectrice principale
Oraldeen Brown (698)

Signature numérique de l'inspectrice
Oraldeen Brown
Signé numériquement par Oraldeen Brown
Date : 2024.05.16 10:22:03 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2, 3, 6, 7 et 8 mai 2024

Cette inspection relative à des incidents critiques (IC) concernait :

- le registre n° 00107689 – IC n° 2589-000003-24 – ayant trait à la prévention et à la gestion des chutes.
- le registre n° 00108101 – IC n° 2589-000004-24 – ayant trait à une flambée épidémique.

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre la Norme de PCI délivrée par le directeur relativement au port et au retrait de l'équipement de protection individuelle (EPI)

Le foyer a omis de veiller à ce que, dans le cadre du programme de PCI, des précautions supplémentaires fussent en place 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).

En particulier, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une PSSP portât l'EPI nécessaire quand elle s'occupait d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions supplémentaires,

Justification et résumé

Lors d'observations dans une section accessible aux personnes résidentes, une affiche dans la chambre d'une personne résidente indiquait qu'elle faisait l'objet de précautions supplémentaires. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) est entrée dans la chambre de la personne résidente sans porter et retirer l'EPI requis.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le membre du personnel a confirmé ne pas avoir porté ni retiré l'EPI requis et avoir quitté la chambre en portant le même masque. La ou le responsable de la PCI a confirmé que l'on s'attendait à ce que le personnel mette l'EPI requis en le portant et en le retirant en entrant ou en sortant d'une chambre de personne résidente comportant une indication que la personne faisait l'objet de précautions supplémentaires.

Ne pas veiller à ce que le personnel porte le bon EPI conformément aux pratiques de base et précautions supplémentaires pourrait causer la propagation d'infections.

Sources : Observations, entretiens avec une PSSP et la ou le responsable de la PCI. [698]