

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 30 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1056-0003	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. à titre d'associé commandité au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : The Willows Estate Nursing Home, Aurora	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 18 au 20 et du 23 au 27 septembre 2024 et du 1^{er} au 3 octobre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 20 septembre 2024 et le 2 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une inspection proactive de la conformité

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 ON 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
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Conseils des résidents et des familles
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Amélioration de la qualité
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : OBLIGATIONS PRÉCISES : PROPRIÉTÉ ET BON ÉTAT

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

Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et l'équipement soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Lors d'une première visite du foyer, on a constaté que plusieurs aires du foyer étaient dans un état de délabrement avancé. Plusieurs portes de chambres de personnes résidentes, y compris le cadre et la porte, présentaient de grandes surfaces de peinture manquantes ou écaillées. Les chambres des personnes résidentes avaient fait l'objet d'importantes réparations de cloisons sèches, et il a été constaté que des travaux de réparation et de plâtrage étaient inégaux et inachevés. Un trou a été constaté le long d'une plinthe. Dans d'autres pièces du foyer, des morceaux de plinthes manquaient, exposant le coin et le mur en dessous. La transition entre le sol stratifié en bois dur et le sol stratifié en carrelage entre les chambres et les couloirs était manquante. Dans ces aires, le revêtement de sol en vinyle était fissuré, avec des morceaux manquants et une quantité importante de débris de saleté dans l'espace où se trouvait le revêtement manquant. Les plaques électriques murales étaient en mauvais état et n'étaient pas fixées de manière sûre et appropriée au mur.

Les fenêtres situées près de l'ascenseur du deuxième étage présentaient une grande fissure dans le calfeutrage à la base d'une fenêtre. Le sol de la salle de bain du deuxième étage se soulevait et se déformait lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur marchait dessus. Les carreaux du mur de la douche de la salle de bain du deuxième étage étaient très fissurés et en mauvais état. En outre, il manquait un morceau du revêtement de sol situé le long des doubles portes qui séparent les salles à manger avant et arrière, et il était possible de le soulever ou de le tirer vers l'arrière pendant que l'inspectrice ou l'inspecteur circulait entre les aires.

Les classeurs de demandes d'entretien du foyer ont été examinés et les aires mentionnées ci-dessus ne nécessitaient pas de réparations. Le gestionnaire des services environnementaux a expliqué que les demandes de réparation et d'entretien pouvaient être ajoutées au classeur par n'importe quel membre du personnel et à n'importe quel moment.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

En outre, les listes de vérification de l'entretien préventif du foyer ont été examinées et ont permis de constater que pour les aires susmentionnées, y compris les salles de bain, la peinture et le revêtement de sol étaient en bon état. Le gestionnaire des services environnementaux a expliqué que ces listes de vérification étaient remplies chaque mois pour l'ensemble du foyer et qu'elles servaient à désigner les aires nécessitant des réparations dans le foyer.

Le gestionnaire des services environnementaux a effectué la visite avec l'inspectrice ou l'inspecteur et a confirmé que les aires mentionnées ci-dessus n'étaient pas maintenues en bon état de réparation et de sécurité.

Le fait de ne pas veiller à ce que le foyer soit maintenu dans un état sûr et en bon état de réparation pose un risque pour la sécurité des personnes résidentes du foyer.

Sources : Observations, demandes du livre d'entretien pour le premier et le deuxième étage, liste de vérification mensuelle de l'entretien préventif et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE

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

Non-respect : du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée par écrit dans au moins deux chambres de personnes résidentes situées dans différentes parties du foyer, dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer et dans chaque aire de refroidissement désignée.

Justification et résumé

L'examen des classeurs de température du premier et du deuxième étage du foyer a montré qu'il manquait des documents sur les températures d'au moins deux chambres de personnes résidentes, d'une partie commune de personnes résidentes à chaque étage et de chaque aire de refroidissement désignée comme indiqué ci-dessus. Les dossiers ont montré que, pendant quelques jours, une ou plusieurs des aires devant être vérifiées et documentées en vertu de la loi n'avaient pas été remplies.

Le gestionnaire des services environnementaux n'était pas certain des aires qui devaient être vérifiées. Il a expliqué qu'il incombait au personnel infirmier des sections accessibles aux résidents du premier et du deuxième étage de vérifier quotidiennement la température de l'air et de consigner les résultats. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que les températures n'étaient pas prises et documentées dans toutes les aires, comme le prévoit la loi.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas s'assurer que la température est prise et documentée par écrit dans les aires requises du foyer a mis les personnes résidentes en danger, car il y avait un risque que la température de l'air ne se situe pas dans une fourchette sûre ou confortable.

Sources : Classeurs de température du premier et du deuxième étage et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux

AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE

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

Non-respect : du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) et consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température devant être mesurée soit consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Justification et résumé

L'examen des classeurs de température du premier et du deuxième étage du foyer a montré qu'il manquait des documents sur les températures à prendre au moins une fois tous les matins, une fois tous les après-midi entre 12 h et 17 h et une fois tous les soirs ou toutes les nuits. Les dossiers ont montré que, pendant plusieurs jours, une ou plusieurs des périodes prévues par la loi pour prendre et documenter la température de l'air étaient incomplètes. En outre, les formulaires de température

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

n'indiquaient pas la plage horaire précise de 12 h à 17 h, mais seulement les quarts de jour, du soir et de nuit.

Le gestionnaire des services environnementaux n'était pas sûr de la fréquence et des délais de mesure et de documentation des températures de l'air. Le gestionnaire des services environnementaux a expliqué qu'il incombait au personnel infirmier des sections accessibles aux résidents du premier et du deuxième étage de vérifier la température de l'air au moins une fois par jour et de consigner les résultats. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que les températures n'étaient pas prises et documentées trois fois par jour, comme le prévoit la loi.

Le fait que le foyer n'ait pas mesuré et documenté la température de l'air dans les sections accessibles aux résidents aux trois moments prévus par la loi a exposé les personnes résidentes à des risques de maladies et d'inconfort liés à la chaleur.

Sources : Classeurs de température du premier et du deuxième étage et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : PRÉPARATION ALIMENTAIRE

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

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

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés et servis au moyen de méthodes qui empêchent la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Justification et résumé

Lors d'une observation du service du repas de midi, le foyer a préparé et servi le menu prévu et affiché sans prendre et enregistrer la température des aliments.

Le rapport de production de la cuisine pour le service du dîner pour ce jour précis a été examiné et s'est avéré non rempli. Une aide alimentaire qui a été observée en train de préparer les plats pour les personnes résidentes a confirmé que les températures n'étaient pas relevées ou enregistrées, car la cuisine manquait de personnel.

En outre, il a été constaté qu'aucun rapport de production de la cuisine n'avait été établi un autre jour pour deux repas. L'examen du rapport de production de la cuisine et l'entretien avec le directeur de l'alimentation et des services nutritionnels ont confirmé que la colonne intitulée « Cook-end Temp » (température de fin de cuisson) était incomplète. Elle est utilisée pour indiquer les températures internes qui doivent être relevées pour des aliments particuliers après la cuisson afin de garantir qu'une température interne sûre est atteinte. La mesure « Temp 1 », qui aurait dû être prise et enregistrée immédiatement avant le service des repas pour s'assurer que les aliments étaient maintenus en dehors de la zone dangereuse, n'a pas non plus été effectuée. Le directeur de l'alimentation et des services nutritionnels a confirmé que ces températures auraient dû être relevées et enregistrées avant le service des repas le jour de l'observation. Il a également indiqué qu'un autre jour, les températures n'avaient pas été enregistrées pour deux

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

repas, car le cuisinier n'avait pas la feuille pour consigner la température à sa disposition.

Le fait de ne pas prendre et consigner la température des aliments expose les personnes résidentes à des risques de contamination et de maladies d'origine alimentaire.

Sources : Rapport de production de la cuisine, observations et entretiens avec une aide alimentaire et le directeur de l'alimentation et des services nutritionnels.

AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel chargé d'aider les personnes résidentes soit au courant des régimes de celles-ci pendant le service des repas.

Justification et résumé

Lors d'une observation du service des repas, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) est entrée dans la salle à manger avec un chariot de

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

desserts composés d'aliments de diverses textures. La PSSP a été observée en train de demander aux personnes résidentes quel dessert elles souhaitaient et a donné le type d'alimentation des personnes résidentes, sans se référer à aucun dossier. Le chariot utilisé par la PSSP n'était accompagné d'aucun dossier ou livre.

La PSSP a été observée en train de donner un dessert à texture incorrecte à une personne résidente; le chef des services administratifs infirmiers a été observé en train d'intervenir et de parler à la PSSP, qui a alors retiré le dessert à texture incorrecte et a remis le dessert à texture correcte pour la personne résidente.

L'examen du dossier de la personne résidente a confirmé le type de texture pour son alimentation.

La PSSP a confirmé qu'elle ne regardait pas la texture du type d'alimentation des personnes résidentes, car elle se souvenait de la texture du type d'alimentation de mémoire. Elle a également indiqué que le foyer disposait d'un « livre des types d'alimentation » qui se trouvait dans la cuisine et n'était pas utilisé lors de la distribution des desserts aux personnes résidentes. L'entretien avec le chef des services administratifs infirmiers a confirmé qu'il avait informé la PSSP de la texture correcte du type d'alimentation de la personne résidente.

Le gestionnaire des soins nutritionnels a confirmé que le membre du personnel aurait dû se référer aux types d'alimentation lorsqu'il a servi le dessert aux personnes résidentes.

Il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente lorsque le personnel ne vérifiait pas le type de régime alimentaire de la personne résidente pendant le service des repas.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, observations et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN

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

Non-respect : de l'alinéa 96 (2) a) 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 :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent que le matériel électrique est maintenu en bon état et entretenu et nettoyé de manière à satisfaire aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Lors d'une pause repas, l'inspectrice ou l'inspecteur a reçu l'instruction d'utiliser un four à micro-ondes dans la salle à manger arrière du foyer. Le four à micro-ondes se trouvait dans une salle à manger des personnes résidentes et était accessible à toutes les personnes résidentes et au personnel du foyer. À l'intérieur du four à micro-ondes, dans le coin arrière (à droite), un grand trou aux bords noircis a été remarqué. En l'observant de plus près, on s'est aperçu que le comptoir était visible à travers le trou du four à micro-ondes. L'inspectrice ou l'inspecteur a immédiatement informé l'administratrice et le gestionnaire des services environnementaux.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Lorsqu'on a demandé une politique ou une procédure visant à garantir l'entretien de ces appareils électriques, le foyer n'a pas été en mesure de fournir la procédure standard. L'inspectrice ou l'inspecteur a été orienté vers les vérifications mensuelles de sécurité incendie qui font référence à la liste de vérification mensuelle de l'entretien préventif du foyer. Les listes de vérification mensuelles de l'entretien préventif indiquent que l'équipement électrique des personnes résidentes est inspecté « avant » d'être utilisé et qu'il faut s'assurer de remplir la liste de vérification électrique semestrielle lorsque c'est nécessaire. Aucune documentation ou aucun dossier n'a été reçu concernant l'inspection et l'entretien de l'équipement électrique une fois qu'il a été mis à la disposition des personnes résidentes et du personnel.

L'administratrice et le gestionnaire des services environnementaux ont confirmé que le four à micro-ondes n'était pas en bon état et qu'il devait être retiré de l'usage des personnes résidentes et du personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les équipements électriques soient maintenus en bon état, entretenus et nettoyés expose les personnes résidentes à un risque d'incendie.

Sources : Observations, sécurité incendie mensuelle, liste de vérification mensuelle de l'entretien préventif et entretiens avec l'administratrice et le gestionnaire des services environnementaux.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 : SERVICES
D'HÉBERGEMENT**

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021)

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) Le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

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

1. L'administratrice, en collaboration avec le gestionnaire des services environnementaux, doit élaborer et mettre en œuvre un plan global visant à maintenir la propreté et l'hygiène dans toutes les aires du foyer. Cela comprend les chambres des personnes résidentes, les couloirs, les salles à manger, les salles d'activités, les salons de télévision des personnes résidentes et les parties communes, les salles de douche et de bain et les toilettes communes, ainsi que l'enlèvement des ordures ménagères.

2. Procéder à un nettoyage en profondeur de toutes les aires mentionnées dans la première partie de l'ordre. Conserver un document écrit décrivant le calendrier des aires à nettoyer, y compris la date et l'heure, le nom de la personne qui les a nettoyées, toute anomalie constatée et les mesures prises, ainsi qu'un document signé par le gestionnaire des services environnementaux vérifiant l'achèvement et l'examen de l'aire nettoyée.

3. Effectuer des vérifications quotidiennes dans toutes les sections accessibles aux résidents et dans les parties communes et partagées afin de s'assurer que les sols, les murs, les rebords de fenêtres, les plafonds, les ventilateurs de plafond, les couvercles des lumières des sonnettes d'appel et les autres surfaces sont nettoyés conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. Cette vérification doit être effectuée par le gestionnaire des services environnementaux ou le

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

délégué de la direction une fois par jour pendant une période de quatre semaines, en indiquant le nom de la personne qui effectue la vérification, la date et l'heure de la fin de la vérification, les aires vérifiées et les éventuelles mesures correctives prises.

4. Le foyer doit rechercher et acheter un équipement capable de nettoyer toutes les surfaces du sol (c'est-à-dire sous les lavabos des salles de bains des personnes résidentes, près des murs, etc.

- a. Le gestionnaire des services environnementaux ou le délégué de la direction doit former tout le personnel responsable de l'utilisation du nouvel équipement à l'utilisation de ce dernier, y compris à la manière d'utiliser l'équipement et aux aires pour lesquelles l'équipement peut être utilisé.
- b. Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.

5. L'administratrice, en collaboration avec le gestionnaire des services environnementaux, doit élaborer et mettre en œuvre une politique et une procédure spécifiant les aires à nettoyer qui ne sont pas des surfaces à fort contact, les méthodes et l'équipement à utiliser, les parties responsables pendant les heures de travail normales ainsi que le soir, la nuit et les fins de semaine, et les mesures visant à assurer l'entretien continu. Dans le cadre de la politique et de la procédure, élaborer et mettre en œuvre une liste de vérification détaillée pour les tâches de nettoyage associées aux surfaces qui ne sont pas à fort contact, y compris la fréquence de nettoyage et de désinfection. Cette liste de vérification doit décrire les mesures prises, les responsabilités attribuées pendant les heures de travail normales, y compris les soirs, les nuits et les fins de semaine, et détailler la manière dont le nettoyage sera maintenu.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

6. Le gestionnaire des services environnementaux ou le délégué de la direction assurera la formation et l'orientation de l'ensemble du personnel chargé de nettoyer et de désinfecter les aires identifiées sur la nouvelle liste de vérification. Il convient de conserver une trace écrite de la formation, y compris le contenu du matériel d'éducation et de formation, la personne qui a reçu la formation, la date d'achèvement de la formation et la personne qui l'a fournie.

7. Le gestionnaire des services environnementaux et/ou l'administratrice doivent élaborer et mettre en œuvre un plan d'action détaillant la manière dont le nettoyage doit être maintenu après la date d'échéance de l'ordre de conformité. Conserver la documentation et les dossiers relatifs au plan d'action.

8. Tous les documents et vérifications liés à cet ordre doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que plusieurs aires du foyer étaient maintenues dans un état de malpropreté et d'insalubrité. Les plafonds et les ventilateurs de plafond des couloirs de la section accessible aux résidents du deuxième étage présentaient une accumulation importante de poussière; il en était de même pour de nombreuses sonnettes d'appel à l'extérieur des chambres des personnes résidentes et il y avait de grandes collections de particules de poussière et de l'accumulation dans les coins des plafonds. Les ventilateurs d'extraction dans les salles de bains communes des personnes résidentes du foyer présentaient

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

également une accumulation importante de poussière et de débris. Lors de la visite du foyer, on a constaté que de nombreux sols étaient très collants et présentaient des résidus de saleté noire. Plus précisément, dans la chambre d'une personne résidente, les chaussures de l'inspectrice ou l'inspecteur sont restées collées au sol et ont été arrachées en marchant en raison de la malpropreté du sol. En outre, les rebords des fenêtres situées près de l'ascenseur au deuxième étage étaient couverts de débris de saleté et d'insectes morts.

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé la politique ou la procédure décrivant le calendrier de nettoyage des aires identifiées ci-dessus dans le foyer. L'administratrice n'a pas été en mesure de fournir une politique, une procédure ou un calendrier de nettoyage comme cela lui avait été demandé.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le foyer ne disposait pas d'un calendrier de nettoyage pour les aires en question et que la date du dernier nettoyage de ces aires n'était pas connue. Le gestionnaire des services environnementaux a également confirmé que ces aires avaient besoin d'être nettoyées.

Le fait de ne pas veiller à la propreté et à l'hygiène du foyer peut accroître les risques liés aux maladies infectieuses et porter atteinte au droit des personnes résidentes à vivre dans un environnement sûr et propre, dans la dignité.

Sources : Observations, entretiens avec le gestionnaire des services environnementaux et l'administratrice.

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

20 janvier 2025

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) no 002 : FENÊTRES

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

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

1. L'administratrice ou le gestionnaire des services environnementaux procédera à une vérification complète du foyer afin de s'assurer que toutes les fenêtres donnant sur l'extérieur et accessibles aux personnes résidentes ne s'ouvrent pas à plus de 15 cm.
2. L'administratrice et le gestionnaire des services environnementaux passeront un contrat avec une entreprise de réparation et de remplacement des fenêtres pour effectuer toutes les réparations/ajustements des fenêtres, y compris l'installation des mécanismes/équipements appropriés nécessaires pour empêcher les fenêtres de s'ouvrir de plus de 15 cm.
3. Le foyer conservera la documentation de toutes les vérifications, y compris les dates et les noms du personnel chargé des vérifications, une liste complète de tous les emplacements des fenêtres vérifiées et des plans d'action. La vérification de toutes les fenêtres sera documentée, y compris la personne qui a effectué la vérification, la date de la vérification et la preuve de l'achèvement des travaux de l'entreprise de réparation et de remplacement des fenêtres.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Le gestionnaire des services environnementaux et/ou l'administratrice doivent élaborer et mettre en œuvre un plan d'action sur la manière dont les ouvertures des fenêtres seront maintenues à 15 cm après la date d'échéance de l'ordre de conformité.
5. Tous les documents et vérifications liés à cet ordre doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Justification et résumé

Il a été observé que les fenêtres des chambres des personnes résidentes, des couloirs, du premier et du deuxième étage, ainsi que de la salle à manger, s'ouvraient à plus de 15 cm dans au moins douze aires/pièces différentes. Les mesures de fenêtres étaient de 15,24 à 16,7 cm dans les aires susmentionnées. Il a été constaté que des blocs/pièces de bois étaient vissés dans la partie supérieure de la fenêtre afin d'empêcher les fenêtres de s'ouvrir sur une largeur supérieure à 15 cm. Les mesures ont été prises en présence du gestionnaire des services environnementaux et de l'inspectrice ou l'inspecteur, à l'aide du ruban à mesurer du foyer. Lors de la prise des mesures et d'un entretien avec le gestionnaire des services environnementaux, ce dernier a confirmé que les fenêtres s'ouvraient plus loin que les 15 cm prescrits par la loi.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les fenêtres accessibles aux personnes résidentes ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 cm expose ces dernières à un risque accru en matière de sécurité.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
20 janvier 2025

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 002

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 349 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 : TEMPÉRATURE AMBIANTE

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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

1. Le foyer doit trouver et acheter un appareil de mesure de l'air approprié pour mesurer les températures de l'air ambiant du foyer.
2. Le gestionnaire des services environnementaux et/ou l'administratrice doivent désigner le personnel chargé de mesurer et de surveiller les températures de l'air ambiant dans le foyer et tenir un dossier documenté sur les personnes responsables, y compris leur nom et leur désignation/rôle professionnel.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Le gestionnaire des services environnementaux ou son délégué doit former l'ensemble du personnel chargé de surveiller et de mesurer les températures de l'air ambiant à l'utilisation du nouvel appareil de mesure de l'air, y compris à la manière d'utiliser l'appareil de mesure de l'air et à l'endroit où les mesures doivent être inscrites.
4. Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
5. Le gestionnaire des services environnementaux ou le délégué de la direction effectuera des vérifications dans toutes les sections accessibles aux résidents une fois par jour pendant les quarts de jour et de soir pendant une période de quatre semaines sur l'utilisation des nouveaux appareils de mesure de l'air. Les vérifications comprendront la date et l'heure de la vérification, le nom de la personne qui a effectué la vérification, le contenu de la vérification, le personnel vérifié, les mesures correctives prises et la température de l'air.
6. Le gestionnaire des services environnementaux et/ou l'administratrice doivent élaborer et mettre en œuvre un plan d'action sur la manière dont les températures de l'air ambiant seront surveillées et mesurées après la date d'échéance de l'ordre de conformité.
7. Tous les dossiers décrits dans le présent ordre doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Lors d'une première visite, il a été constaté que le foyer utilisait un thermomètre infrarouge pour mesurer et documenter les températures de l'air ambiant dans le

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

foyer. L'examen du manuel d'utilisation du thermomètre infrarouge a montré qu'il devait être utilisé pour mesurer les températures de surface. Le manuel d'utilisation n'indiquait pas d'autres utilisations possibles, notamment pour les températures de l'air ambiant.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le personnel utilisait un thermomètre infrarouge pour mesurer la température de l'air dans le foyer et que ce n'était pas le bon équipement pour mesurer la température de l'air.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le foyer utilise un thermomètre mesurant la température de l'air ambiant a mis les personnes résidentes en danger, car on ne savait pas si la température de l'air dans le foyer était maintenue à 22 degrés Celsius tout au long des mois d'été.

Sources : Observations, manuel d'utilisation du thermomètre infrarouge et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
20 janvier 2025

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 : OBSERVATION DES
INSTRUCTIONS DU FABRICANT**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

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

1. Le foyer doit rechercher, acheter et installer un système de contrôle de l'air qui surveille avec précision les températures de l'air dans toutes les aires du foyer, conformément aux instructions du fabricant. La preuve en est apportée par l'inclusion d'une copie des instructions du fabricant, y compris les procédures d'installation à l'endroit où l'équipement doit être installé.
2. Le gestionnaire des services environnementaux rédigera un rapport écrit indiquant qui a installé le nouveau système de contrôle de l'air, comment il a été installé, où les thermomètres muraux ont été installés et quand ils l'ont été.
3. Le gestionnaire des services environnementaux ou le délégué de la direction doit former tout le personnel chargé de contrôler et de mesurer les températures de l'air à l'utilisation du nouveau système de contrôle de l'air.
4. Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
5. Le gestionnaire des services environnementaux ou le délégué de la direction effectuera une vérification du nouveau système de contrôle de l'air pendant les quarts de jour et de soir dans toutes les aires du foyer pendant une période de quatre semaines. Les vérifications comprendront la date et l'heure de la vérification, le nom de la personne qui a effectué la vérification, le contenu de la vérification, les mesures correctives prises et la température de l'air. La vérification consiste à comparer les mesures du nouveau système d'air avec celles de l'appareil de mesure de l'air afin d'en assurer la cohérence et la précision.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

6. Tous les dossiers décrits dans le présent ordre doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise tous les équipements et appareils du foyer conformément aux instructions du fabricant, en particulier les thermomètres muraux et les pistolets thermiques à infrarouge.

Justification et résumé

Lors d'une visite, il a été constaté que les thermomètres muraux étaient placés directement devant les événements/sources de climatisation et de chauffage. L'examen du manuel d'instructions a montré que pour garantir une mesure précise de la température, les appareils devaient être placés à l'écart des sources de chaleur et des événements. En outre, il a été constaté que le personnel infirmier autorisé utilisait des thermomètres infrarouges pour mesurer la température de l'air ambiant. L'examen du manuel d'utilisation du thermomètre infrarouge a montré qu'il devait être utilisé pour mesurer les températures de surface.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que les thermomètres muraux et le thermomètre infrarouge n'étaient pas utilisés conformément aux instructions du fabricant.

Le fait que le personnel n'ait pas utilisé l'équipement, en particulier les thermomètres muraux et les thermomètres à infrarouge, a exposé les personnes résidentes au risque que la température du foyer ne soit pas maintenue à un niveau confortable et sûr.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations, manuel d'utilisation du thermomètre infrarouge, manuel d'instruction du thermomètre mural et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
20 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 : ENTRETIEN MÉNAGER

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

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (i) 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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

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

1. Le gestionnaire des services environnementaux ou le désigné de la direction qualifié doit fournir une formation en personne à l'ensemble du personnel de l'entretien ménager et des PSSP, y compris le personnel d'agence, concernant

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

les attentes du foyer et le processus de nettoyage de l'équipement partagé, y compris, mais sans s'y limiter, les chaises de douches.

2. Le gestionnaire des services environnementaux ou le désigné de la direction qualifié doit réaliser des vérifications du personnel nettoyant l'équipement partagé par les personnes résidentes, y compris, mais sans s'y limiter, les chaises de douche, pendant une période de quatre semaines dans toutes les sections accessibles aux résidents, à toutes les périodes de travail, y compris le soir et les fins de semaine.
3. Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
4. Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé au nettoyage et à la désinfection de l'équipement avec au moins un désinfectant de faible niveau.

Justification et résumé

Au cours d'une visite, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé une pièce d'équipement sur laquelle se trouvaient des excréments. Dans la chambre, une affiche indiquant les instructions de nettoyage de l'équipement a été remarquée. L'affiche relative au matériel de désinfection et de nettoyage donnait des instructions sur la manière de nettoyer l'équipement à l'aide d'un désinfectant de faible niveau. L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas observé de désinfectant de faible niveau dans l'aire.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une PSSP a confirmé qu'elle n'utilisait pas de désinfectant de faible niveau sur l'équipement entre les utilisations par les personnes résidentes. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que le foyer s'attendait à ce que les chaises de douche soient nettoyées à l'aide d'un désinfectant de faible niveau.

Le fait de ne pas nettoyer l'équipement avec un désinfectant de faible niveau minimum expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : Observations, entretien avec le personnel et examen de la politique de nettoyage et de désinfection du foyer.

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

20 janvier 2025

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA n° 002)**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 005**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 349 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 PROGRAMME DE
PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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).

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

1. La personne responsable de la PCI ou le spécialiste qualifié de la PCI doit assurer une formation en personne à l'ensemble du personnel, y compris le personnel d'agence et les nouveaux employés, avec une formation sur la PCI, y compris, mais sans s'y limiter, le processus du foyer sur la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés de l'EPI et quand et comment assurer l'hygiène des mains pour les personnes résidentes.
2. La formation doit comprendre des démonstrations de retour du personnel sur le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés des EPI. Conserver une trace écrite de la démonstration de retour, y compris le nom du personnel, la date de la démonstration de retour, le résultat et l'éducation fournie en guise de rétroaction.
3. Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
4. Réaliser des vérifications quotidiennes de l'hygiène des mains des personnes résidentes pour tous les repas et toutes les collations pendant quatre semaines. Les vérifications doivent être effectuées par la direction ou par une personne désignée par le personnel infirmier autorisé. Les vérifications doivent indiquer la date et l'heure de la vérification, la personne qui l'a effectuée, la collation ou le repas vérifié, le lieu de la vérification, le résultat et les éventuelles mesures correctives prises.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

5. Les documents relatifs à la formation et aux vérifications effectuées doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) émise par le directeur soit respectée en ce qui concerne le programme d'hygiène des mains pour les personnes résidentes, en particulier en aidant ces dernières à se laver les mains avant de prendre leurs repas.

Conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée publiée par le directeur et mise à jour en septembre 2023, le point h) de la section 10.4 stipule que le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme d'hygiène des mains comprenne un soutien aux personnes résidentes pour qu'elles effectuent une hygiène des mains avant de recevoir les repas.

Justification et résumé

Lors de l'observation d'un repas dans une salle à manger, on a constaté que plusieurs personnes résidentes étaient assises à la table qui leur avait été attribuée et que le personnel aidait continuellement d'autres personnes résidentes à entrer dans la salle à manger. Pendant toute la durée de l'observation, aucune hygiène des mains n'a été proposée ou fournie aux personnes résidentes avant ou après qu'elles se soient assises à leur table désignée. Le service de repas a commencé par la distribution du premier plat aux personnes résidentes avant l'heure prévue pour le repas. Les personnes résidentes n'ont été aidées à se laver les mains qu'après que le premier plat ait été servi et que plusieurs personnes présentes dans la salle à manger aient commencé à manger le premier plat.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une PSSP, une infirmière autorisée (IA) et la personne responsable de la PCI ont confirmé que les personnes résidentes devaient se laver les mains une fois qu'elles étaient assises dans la salle à manger, avant de commencer leur repas.

Le fait de ne pas aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas peut favoriser la propagation de maladies infectieuses.

Sources : Observations, Norme de PCI (2023), et entretiens avec le personnel et la personne responsable de la PCI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de routine comprennent au minimum l'utilisation correcte de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Le point d) de la section 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, publiée par le directeur et révisée en septembre 2023, indique qu'au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Justification et résumé

Au cours d'une visite, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé une PSSP sortant de la salle de bain d'une personne résidente, portant un tablier de service alimentaire et un sac contenant des produits personnels souillés, ainsi que des gants. L'inspectrice ou l'inspecteur a également observé la PSSP toucher les poignées de porte de la salle de bain de la personne résidente avec des gants souillés.

La PSSP a confirmé qu'il n'était pas approprié de porter le tablier de cuisine pour prodiguer des soins personnels et que le fait de toucher les poignées de porte avec des gants souillés n'était pas conforme aux pratiques en matière de PCI. Lors d'une

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

autre observation dans une chambre ayant des précautions supplémentaires, une autre PSSP a confirmé qu'elle ne portait pas d'EPI.

Le fait de ne pas utiliser correctement l'EPI expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : Observations et entretiens avec le personnel.

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

20 janvier 2025

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON 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 permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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;

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 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.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

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