

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 30 avril 2024

Date d'émission du rapport initial : 10 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1156-0001 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Vigour Limited Partnership au nom de Vigour General Partner Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Streetsville Community, Mississauga

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport d'inspection a été modifié pour : fournir une prolongation de la date d'échéance de conformité pour l'ordre de conformité (OC) n° 001, comme l'exige le foyer de soins de longue durée (FSLD), du 22 mai 2024 au 5 juin 2024.

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 30 avril 2024

Date d'émission du rapport initial : 10 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1156-0001 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Vigour Limited Partnership au nom de Vigour General Partner Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Streetsville Community, Mississauga

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport d'inspection a été modifié pour : fournir une prolongation de la date d'échéance de conformité pour l'OC n° 001, comme exigé par le FSLD, du 22 mai 2024 au 5 juin 2024.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 15, du 18 au 19, du 21 au 22 et le 26 mars 2024

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection :

- Dossier n° 00101738/IC n° 2648-000013-23, dossier n° 00106453/IC n° 2648-000001-24, dossier n° 00108070/IC n° 2648-000004-24 et dossier n° 00109954/IC n° 2648-000005-24 relatifs à la prévention et au contrôle des infections.
- Dossier n° 00103201/IC n° 2648-000014-23 relatif à l'alimentation, la nutrition et l'hydratation
- Dossier n° 00106493/IC n° 2648-000002-24 relatif à la gestion des médicaments
- Dossier n° 00107569/IC n° 2648-000003-24 relatif à la prévention des problèmes cutanés et aux soins de la peau et des plaies

- Dossier n° 00108305 plainte relative à la prévention des problèmes cutanés et aux soins de la peau et des plaies et à l'alimentation, la nutrition et l'hydratation.

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

Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation de la peau soit effectuée pour une personne résidente lorsqu'un nouveau problème de peau a été observé.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquent que plusieurs évaluations de la peau et des plaies ont été réalisées pour de nouveaux problèmes cutanés à une date précise.

Lors d'un entretien, un membre du personnel a mentionné à l'inspecteur ou l'inspectrice n° 740739 que les affections dermatologiques avaient été observées sur la personne résidente à une date antérieure, mais qu'elles n'avaient pas été documentées ni signalées au personnel agréé.

Le protocole de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer détaille les responsabilités de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), qui comprennent notamment de « terminer le bain, noter tout problème de la peau » et de « documenter électroniquement à l'aide d'alertes du point des soins (PS) et de notes d'évolution de la PSSP/personne aide soignante (PAS) pour consigner tout état anormal ou inhabituel de la peau ».

L'examen des dossiers de soins de la personne résidente a montré que des observations cutanées avaient été effectuées au cours de cette période précise et que toutes les informations indiquaient qu'aucune affection dermatologique n'avait été observée. Il montre également que la personne résidente a reçu son bain habituel pendant cette période à trois reprises et qu'aucun problème cutané n'a été documenté à ces dates.

L'examen des notes d'enquête au foyer sur cet incident a révélé que les deux PSSP qui assistaient la personne résidente avaient observé des problèmes cutanés chez cette personne, mais qu'elles avaient négligé de signaler et de documenter cette observation au personnel agréé.

En conséquence, la personne résidente n'a pas été évaluée pour les nouveaux problèmes cutanés lorsqu'ils ont été observés pour la première fois par le personnel, et le traitement a pu être retardé.

Sources : dossier clinique de la personne résidente, entretien avec le personnel, notes d'enquête au foyer sur l'incident, protocole de gestion des soins de la peau et des plaies, VII-G-10.90 [Dernière révision – 08/2023]. [740739]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect de : l'alinéa 55 (2) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

a. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce (e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit orientée vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle du foyer lorsqu'elle a présenté un nouveau problème de peau.

Justification et résumé

Des évaluations relatives aux soins de la peau et des plaies ont été réalisées pour une personne résidente à une date précise.

Le protocole de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer stipule que le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle « évaluera les personnes résidentes présentant une affection cutanée susceptible de nécessiter des interventions nutritionnelles ou une intervention relative à ces dernières ».

D'après les dossiers d'évaluation et d'orientation de la personne résidente, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (DP) n'a pas été consulté(e) lorsque les nouveaux problèmes cutanés ont été documentés, et la personne résidente n'a pas été évaluée par le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle.

Lors d'un entretien, le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a précisé qu'un signalement aurait dû être fait au/à la DP du foyer lorsqu'il a été constaté que la personne résidente avait des affections dermatologiques, car c'est ce qui est exigé dans leur politique.

En conséquence, le ou la DP du foyer n'a pas effectué d'évaluation nutritionnelle

pour déterminer si la personne résidente aurait bénéficié d'une intervention nutritionnelle pour ses problèmes cutanés.

Sources : Protocole de gestion des soins de la peau et des plaies, VII-G-10.90 [Dernière révision – 08/2023]; entretien avec le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers (DSI), dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77 (1) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

p. 77 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer réponde aux critères suivants :

(e) il comprend un choix d'autres mets principaux et de plats d'accompagnement disponibles aux trois repas et un choix d'autres desserts au déjeuner et au dîner pour répondre aux besoins particuliers ou aux préférences alimentaires des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait le choix d'un mets principal, à une date précise, qui réponde à ses besoins particuliers.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquent qu'elle a besoin d'un régime alimentaire thérapeutique.

À une date précise, le menu thérapeutique du foyer indiquait qu'il y avait deux options pour le régime alimentaire thérapeutique précis de la personne résidente. Les feuilles de production du foyer pour le dîner de ce jour-là indiquent qu'une seule des options du menu a été produite.

Les notes d'évolution indiquent que la personne résidente n'a pas reçu d'option au dîner à la date précisée.

Lors d'un entretien, le directeur ou la directrice des services alimentaires a reconnu qu'une seule option de menu avait été produite pour le menu thérapeutique en particulier ce jour-là, conformément aux feuilles de production.

Par conséquent, la personne résidente n'avait pas le choix pour son dîner, ce qui pouvait avoir des répercussions sur sa qualité de vie.

Sources : entretien avec le personnel, menu thérapeutique du foyer, semaine 3; feuilles de production de la cuisine du foyer, 23 janvier 2024, dîner; dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

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

Entretien ménager

al. 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 :
(iii) les surfaces de contact;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour la désinfection des surfaces de contact conformément aux instructions du fabricant et en utilisant, au minimum, un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

Justification et résumé

Le document *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé*, 3^e édition, du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), avril 2018, indique qu'il devrait y avoir des systèmes en place pour assurer

l'efficacité du désinfectant au fil du temps (p. ex., tests fréquents du produit, examen de la date de péremption).

Les 13 et 14 mars 2024, l'inspecteur ou l'inspectrice n° 561 a constaté que les lingettes désinfectantes (Diversey, Accel INTERVENTION - 1 Min) étaient périmées partout dans le foyer. Le foyer était en situation d'épidémie de problèmes respiratoires pendant la durée de l'inspection. La date de péremption de toutes les lingettes désinfectantes était le 8 mars 2024. La personne responsable de la prévention du contrôle des infections (PCI) a été informée par le fabricant du produit qu'une fois la date de péremption dépassée, il ne pouvait plus garantir l'efficacité du produit. Les lingettes ont été utilisées jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle cargaison le 21 mars 2024.

La personne responsable de la PCI a indiqué qu'il n'existait pas de procédure écrite précise pour vérifier les dates de péremption du produit désinfectant.

Le fait que la date de péremption des désinfectants n'ait pas été vérifiée et que des produits périmés aient été utilisés a pu accroître le risque de transmission d'infections.

Sources : Observations des pratiques de PCI les 13, 14 et 21 mars 2024; examen du document *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé* du CCPMI (avril 2018), entretien avec le personnel d'entretien ménager et la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Art. 115 (1) le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une

maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur ou la directrice soit immédiatement informé(e) de l'épidémie de la COVID-19 déclarée par la santé publique dans le foyer.

Justification et résumé

La santé publique (SP) a déclaré une épidémie de COVID-19 dans le foyer à une date précise et le foyer n'a pas signalé l'épidémie au directeur ou à la directrice avant le lendemain.

La personne responsable de la PCI a confirmé que l'épidémie avait été signalée tardivement.

Sources : Examen de l'incident critique (IC) 2648-000013-23; entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié aux médicaments pour lequel une personne résidente a été envoyée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie soit signalé au directeur ou à la directrice dans un délai d'un jour ouvrable.

Justification et résumé

À une date précise, un membre du personnel autorisé a administré à une personne résidente des médicaments qui avaient été prescrits à une autre personne résidente. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie. L'incident lié aux médicaments n'a été signalé au directeur ou à la directrice que le lendemain.

Le ou la DSI a reconnu que l'incident critique (IC) avait été signalé tardivement.

Sources : Examen des notes d'enquête, IC 26480-000002-24, dossiers cliniques de la personne résidente et de la politique de signalement des incidents critiques (Critical Incident Reporting policy) (août 2023); entretien avec le personnel agréé et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 139 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les chariots de médicaments soient toujours verrouillés lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

Justification et résumé

Plusieurs observations tout au long de l'inspection, dans différentes unités du foyer, ont permis de constater qu'un chariot de médicaments n'était pas verrouillé lorsqu'il était laissé sans surveillance. Des personnes résidentes et d'autres membres du personnel ont été observés dans la zone lorsque les chariots de médicaments n'étaient pas verrouillés. Le personnel agréé et le ou la DSI ont confirmé qu'il était prévu que les chariots de médicaments soient verrouillés lorsqu'ils sont laissés sans surveillance.

Le fait de ne pas verrouiller le chariot de médicaments lorsqu'il est laissé sans surveillance peut avoir augmenté le risque d'accès aux médicaments par les personnes résidentes.

Sources : Observations; examen de la politique sur le chariot de médicaments (The medication cart) (30 juin 2023); entretien avec le personnel agréé et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

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

Administration des médicaments

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Une personne résidente s'est vu administrer des médicaments qui avaient été prescrits à une autre personne résidente. Le personnel agréé qui a administré les médicaments ne connaissait pas les personnes résidentes de l'unité et n'a pas vérifié le nom de la personne résidente. Un certain nombre de médicaments administrés étaient des médicaments à haut risque. La personne résidente s'est sentie mal et a été envoyée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie.

Le fait de ne pas administrer les médicaments conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur a augmenté le risque d'effets négatifs sur la santé de la personne résidente.

Sources : Examen de l'IC 2648-000002-24, des notes d'enquête, des programmes de soins de la personne résidente et la politique du foyer relative au laissez-passer

des médicaments (The Medication Pass) (30 juin 2023); entretien avec le personnel agréé et le ou la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programmes de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 74 (2) (c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

a. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit,

(c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis d'élaborer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan visant à assurer la conformité avec l'alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021) :

Le plan doit comprendre et respecter, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- un processus permettant de s'assurer que des stratégies d'alimentation sûres sont suivies dans le foyer pour les personnes résidentes jugées à haut risque pendant l'alimentation, y compris des stratégies conformes à la politique du foyer et aux recommandations interdisciplinaires en matière d'alimentation, le cas échéant (p. ex., l'orthophoniste/le ou la diététicien(ne) autorisé(e));
- la personne chargée de veiller sur les personnes résidentes reçoit les interventions alimentaires appropriées lorsque cela est précisé dans leur programme de soins, ainsi qu'un calendrier de la durée de la surveillance;
- la personne chargée des personnes résidentes met en œuvre un plan d'action si le suivi démontre que le programme de soins d'une personne résidente n'est pas respecté;
- mesures visant à assurer la durabilité une fois que le foyer a démontré qu'il respectait les programmes de soins provisoires des personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2024 – 1156 – 0001, à Dusty Stevenson (740739), personne inspectrice des foyers de SLD, MSLD, par courriel à hamiltondistrict.mlrc@ontario.ca avant le 24 avril 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de renseignements personnels/renseignements personnels sur la santé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre des stratégies d'alimentation sécuritaires visant à prévenir l'étouffement d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le plan de soins d'une personne résidente indique qu'il faut un certain temps au personnel pour l'aider à se nourrir.

À une date précise, un membre du personnel a nourri la personne résidente au dîner et, selon les notes d'enquête du foyer, le membre du personnel a nourri la personne résidente en moins de temps que ce qui était indiqué dans le programme de soins de la personne résidente. Au cours de l'alimentation, il a été déterminé que la personne résidente devait être transférée à l'hôpital.

Un directeur ou une directrice adjoint(e) des soins infirmiers (DASI) a constaté au cours de son enquête que le membre du personnel n'avait pas respecté les consignes d'alimentation figurant dans le programme de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir respecté les consignes de sécurité en matière d'alimentation peut avoir contribué à la dégradation de l'état de santé de la personne résidente.

Sources : entretien avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer de l'IC n° 2648-000014-23.

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

5 juin 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 010 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

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

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis d'élaborer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan visant à assurer la conformité avec l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021)] :

Le plan doit comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

Le titulaire de permis prépare, soumet et met en œuvre un plan visant à assurer l'application de toute norme émise par le directeur ou la directrice en matière de prévention et de contrôle des infections.

Le plan doit inclure la manière dont le foyer garantira les éléments suivants :

- veiller à ce que des précautions supplémentaires (gouttelettes/précautions) soient prises dans le foyer, conformément à la politique du foyer et aux lignes directrices en matière de pratiques exemplaires. Plus précisément, comment le foyer veillera à ce que cela soit fait, quelles mesures seront prises, qui est responsable de la mise en œuvre et quand;
- veiller à ce que le personnel respecte la politique relative à la désinfection de l'équipement des personnes résidentes après utilisation;
- une nouvelle formation de l'ensemble du personnel du foyer sur les procédures d'habillage et de déshabillage; les documents relatifs à la formation, aux participants, à la date et au contenu de la formation doivent être conservés;
- veiller à ce qu'il existe un processus de vérification comprenant la documentation des vérifications et des résultats afin de s'assurer que le personnel adhère à la politique, la fréquence des vérifications et la personne responsable des vérifications.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2024-1156-0001, à Daria Trzos (561), personne inspectrice des foyers de SLD, MSLD, par courriel à hamiltondistrict.mlrc@ontario.ca avant le 24 avril 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de renseignements personnels/renseignements personnels sur la santé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes ou protocoles que le directeur ou la directrice a délivrés à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

A) L'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, indique que le titulaire de permis doit veiller à ce que des précautions supplémentaires soient prises dans le cadre du programme de PCI, y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés de l'équipement de protection individuelle (EPI).

Justification et résumé

Lors de cette inspection, le foyer était en situation d'épidémie respiratoire. L'inspecteur ou inspectrice n° 561 a observé ce qui suit :

- i) Une PSSP a été observée entrant dans une chambre pour prodiguer des soins à une personne résidente soumise à des précautions contre les gouttelettes et les contacts, comme indiqué à l'entrée de la chambre, sans mettre de protection oculaire. Deux personnes résidentes de cette chambre faisaient l'objet de précautions supplémentaires en raison d'une infection respiratoire. Un autre jour, la même PSSP a été observée en train d'entrer dans la même pièce et, une fois de plus, n'a pas mis de protection oculaire.
- ii) Un membre du personnel de l'entretien ménager a été observé en train de passer la serpillière dans une chambre où se trouvait une personne résidente soumise à des précautions contre les gouttelettes et les contacts. Le membre du personnel de l'entretien ménager a été observé à deux mètres de cette personne résidente et n'avait pas de protection oculaire.
- iii) Tout au long des inspections, plusieurs observations ont été faites et le membre du personnel a été vu en train d'entrer dans les chambres pour prodiguer des soins directs aux personnes résidentes qui étaient soumises à des précautions contre les gouttelettes et le contact, avec un EPI complet. En sortant de la pièce, tous les EPI ont été retirés, à l'exception du masque. Le membre du personnel a ensuite été

observé en train d'entrer dans les chambres pour prodiguer des soins aux personnes résidentes qui ne faisaient pas l'objet de précautions supplémentaires.

La signalisation à l'entrée des chambres où sont appliquées les précautions contre les gouttelettes et le contact comportait des étapes détaillant l'ordre dans lequel il convenait de mettre et de retirer les EPI. Lors de la mise en place des EPI, la protection oculaire était l'un des EPI requis. L'une des étapes du retrait consistait à retirer un masque.

La politique de précautions supplémentaires (Additional Precautions) du foyer (mars 2024) indique que la procédure pour les précautions contre les gouttelettes consiste à retirer tous les EPI.

Le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3^e édition, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), troisième révision : novembre 2012, indique que toute personne se trouvant à moins de deux mètres d'une personne cliente/patiente/résidente doit porter un masque et des lunettes de protection pour des précautions contre les gouttelettes. En outre, il précise que les EPI sont normalisés et propres aux types de précautions supplémentaires en place. Si le ou la fournisseur(e) de soins doit quitter la pièce, l'EPI doit être retiré et jeté. Un EPI neuf doit être porté si le ou la fournisseur(e) de soins de santé entre à nouveau dans la pièce.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que le membre du personnel se trouvant à moins de deux mètres d'une personne résidente soumis à des précautions contre les gouttelettes ou prodiguant des soins à cette personne résidente était tenu de porter une protection oculaire. Il a aussi été confirmé que tous les EPI, y compris le masque, devaient être retirés à la sortie d'une salle de précautions contre les gouttelettes et qu'un nouveau masque devait être porté.

Lorsque des précautions supplémentaires n'ont pas été mises en œuvre conformément à la politique ou aux lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, le risque de transmission d'infections a pu être accru.

Sources : Observations des pratiques de PCI; examen de la politique de précautions supplémentaires du foyer (Additional Precautions) (mars 2024) et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI, examen des plans de soins des

personnes résidentes concernant les précautions contre les gouttelettes et les contacts; entretiens avec la PSSP, le personnel agréé, la personne responsable de la PCI, l'infirmière ou l'infirmier de la santé publique, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

B) La Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, article 9.1 (e), indique que le titulaire de permis doit s'assurer que les pratiques de routine sont suivies dans le cadre du programme de PCI, y compris au minimum l'utilisation de contrôles environnementaux, en particulier le nettoyage de l'équipement des personnes résidentes.

Justification et résumé

L'inspecteur ou l'inspectrice n° 561 a observé que la PSSP sortait d'une chambre après l'utilisation d'un verticalisateur pour transférer une personne résidente et que le verticalisateur n'était pas désinfecté après utilisation. L'unité était alors en pleine épidémie de problèmes respiratoires. Une PSSP a indiqué que les ascenseurs étaient nettoyés par une autre PSSP chargée de nettoyer l'équipement et par le personnel d'entretien, mais qu'elle ne savait pas à quelle fréquence. La personne responsable de la PCI a confirmé que l'équipement des personnes résidentes devait être désinfecté après chaque utilisation.

Le fait de ne pas désinfecter le matériel après utilisation peut avoir augmenté le risque de transmission d'infections.

Sources : Observations; examen de la politique du foyer sur le nettoyage de l'équipement – soins aux personnes résidentes et soins médicaux (Equipment Cleaning – Resident Care & Medical) (mars 2024); entretiens avec la PSSP et la personne responsable de la PCI.

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

22 mai 2024

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 ou à la directrice 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 la personne titulaire de permis souhaite que le directeur ou la directrice prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour la personne 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 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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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, la personne 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 la personne titulaire de permis décide d'interjeter appel, elle doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle elle a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice 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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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. La personne titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.