

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 25 avril 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1514-0001

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis** Villa Colombo Homes for the Aged inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Villa Colombo Homes for the Aged inc,  
Toronto

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Reji Sivamangalam (739633)

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

Reji K  
Sivamangalam

Signé numériquement  
par Reji K Sivamangalam  
Date : 2024.05.06 09:04:25 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**  
Ryan Randhawa (741073)

Amal Ahmed (000819) et Safi Mohamed (000826) étaient présents lors de cette inspection.

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 22 et 25 au 28 mars 2024

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00104941 [Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000130-23] lié à une épidémie.
- Dossier : n° 00105941 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000005-24) concernant des allégations de soins inadéquats prodigués à une personne résidente
- Dossier : n° 00106715 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000007-24) concernant la blessure d'étiologie inconnue d'une personne résidente

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

- Dossier : n° 00109732 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000015-24) concernant la prévention et la gestion des chutes.

Les dossiers suivants ont été complétés :

- Dossiers : n° 00103276 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000125-23), n° 00104477 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000129-23), n° 00105458 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000002-24), n° 00105771 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000003-24), n° 00110868 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000020-24), et n° 00105139 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-000132-23) concernant la prévention et la gestion des chutes.
- Dossiers : n° 00105786 (Système de rapport d'incidents critiques n° 3020-

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

inspection : Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion de la peau et des plaies  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des  
infections Prévention et gestion  
des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### **Non-respect de : du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le niveau de soutien pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) soit fourni au résident tel que spécifié dans le programme.

**Justification et résumé :**

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'elle a besoin de soutien pour certaines tâches de la vie quotidienne.

Un membre du personnel a indiqué qu'il avait fourni à la personne résidente un niveau de soutien différent pour les tâches liées aux AVQ. La documentation de la personne résidente a confirmé que le membre du personnel n'avait pas fourni l'assistance requise pour les tâches liées aux AVQ pendant plusieurs jours.

L'infirmière gestionnaire et le directeur des soins infirmiers ont tous deux indiqué que l'on s'attendait à ce que les soins prodigués soient conformes au programme de soins.

La personne résidente était exposée à un risque accru de blessure lorsque du soutien pour les tâches liées aux AVQ était requis, mais ne lui a pas été fournie comme le prévoyait le programme.

**Sources :** Dossiers cliniques des personnes résidentes; entrevues avec les membres du personnel. [741073]

**AVIS ÉCRIT : Documentation**

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

**Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 1) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins soit documentée pour la personne résidente.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

La personne résidente a montré des changements de comportement et a refusé de l'aide pour certaines tâches liées aux AVQ lors d'un quart de travail particulier.

Les membres du personnel ont indiqué qu'ils n'avaient pas accompli les tâches pour la personne résidente pendant leur quart de travail.

La documentation de la personne résidente indique que le membre du personnel a noté qu'il a aidé la personne résidente à accomplir les tâches liées aux AVQ. Le membre du personnel a reconnu que la personne résidente n'avait pas reçu de soutien pour les AVQ pendant le quart de travail. Le membre du personnel, l'infirmière gestionnaire et le DSI ont indiqué que le membre du personnel aurait dû documenter le fait que la personne résidente avait refusé du soutien pour ses AVQ.

Le fait de ne pas s'assurer que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient correctement documentés a entraîné un risque minimal pour la personne résidente.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entrevues avec les membres du personnel. [741073]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES OBLIGATOIRES**

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

**Non-respect de : sous-alinéa 55 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) la personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la peau pour une zone où l'intégrité épidermique était altérée.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

**Justification et résumé :**

La personne résidente a fait une chute et a subi une blessure qui a entraîné une altération de l'intégrité épidermique. Elle a été emmenée à l'hôpital pour un examen plus approfondi et est rentrée au foyer avec un traitement pour ses blessures.

Une vérification des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que le personnel autorisé n'avait pas procédé à une évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique à l'aide de l'outil d'évaluation épidermique du foyer.

Trois membres du personnel ont reconnu qu'une évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n'avait pas été réalisée comme l'exige la politique du foyer en matière de peau et de plaies. Le DSI a confirmé que le personnel était censé remplir l'évaluation et a reconnu ne pas l'avoir fait.

L'absence d'évaluation épidermique a augmenté le risque de mauvaise prise en charge de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

**Sources :** Dossiers cliniques des personnes résidentes, la politique du foyer et les entrevues avec les membres du personnel.

[739633]

**AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

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

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

Comportements réactifs

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une mesure d'intervention soit effectuée auprès d'une personne résidente afin de gérer ses comportements réactifs.

**Justification et résumé :**

La personne résidente a manifesté un comportement réactif particulier et une mesure d'intervention a été mise en œuvre comme stratégie dans le but de gérer ce comportement.

À une date déterminée, la personne résidente a été trouvée sur le sol après une chute, avec une blessure.

Les membres du personnel ont confirmé que la personne résidente avait besoin d'une mesure d'intervention dans le but de gérer son comportement réactif. Ils ont reconnu que la mesure d'intervention n'avait pas eu lieu pendant le quart de travail et au moment de la chute de la personne résidente.

Le DSI a confirmé que la personne résidente aurait dû bénéficier d'une mesure d'intervention dans le but de gérer ses comportements réactifs.

Le fait de ne pas intervenir auprès de la personne résidente a augmenté le risque de chutes et de blessures associées au comportement réactif.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; entrevues avec des membres du personnel. [739633]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'une infection soient consignés à chaque quart de travail et pour chaque personne résidente.

**Justification et résumé :**

Une éclosion de maladie infectieuse a été déclarée dans le foyer à la suite de l'identification des symptômes des personnes résidentes et un certain nombre de résidents ont été inclus dans la liste de personne présentant des symptômes de l'épidémie. L'examen de leurs dossiers cliniques a révélé que l'enregistrement des symptômes de ces personnes résidentes était incomplet à tous les quarts de travail.

Le DSI a confirmé que le personnel était tenu de consigner les symptômes liés à l'infection des personnes résidentes pendant tous les quarts de travail.

Le fait de ne pas documenter les symptômes exposait les personnes résidentes à un risque de suivi incohérent de la maladie et à des retards potentiels dans la prise en charge de l'aggravation de l'état de santé.

**Sources :** Dossiers de soins de personnes résidentes et entrevue avec le DSI. [739633]

## **AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes**

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

**Non-respect de : l'alinéa 108 (5) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

par. 108 (5) Si un titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement une plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, il la transmet sous la forme et de la manière que le directeur estime acceptables :

(b) soit en dehors des heures normales de bureau, en ayant recours à la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence du ministère.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement une plainte en dehors des heures normales de travail, concernant les soins d'une personne résidente, en prenant soin d'utiliser la méthode de contact d'urgence en dehors des heures normales de travail du ministère.

**Justification et résumé :**

Le foyer a reçu une plainte écrite concernant les soins prodigués à la personne résidente en raison de son état de santé et de la prise de médicaments.

Un rapport d'incident critique a été soumis par le foyer au directeur. Il a été demandé au foyer de modifier le rapport d'incident critique et de soumettre le rapport obligatoire prévu à l'article 28 de la loi de 2021 sur le traitement des plaintes. L'infirmière gestionnaire a confirmé que le foyer n'avait pas utilisé la méthode du ministère pour les contacts d'urgence en dehors des heures normales de travail, la ligne de Service Ontario en dehors des heures normales de travail, lorsqu'il a déposé la plainte en dehors des heures normales de travail.

Le fait de ne pas signaler l'incident critique en dehors des heures normales de travail en utilisant la méthode du ministère pour les contacts d'urgence après les heures normales de travail n'a présenté qu'un risque minimal pour la personne résidente.

**Sources :** Exigences de rapports au MSLD – fiche de référence; entrevues avec les membres du personnel.

[741073]

**AVIS ÉCRIT : Rapports d'incidents critiques**

Problème de conformité n° 007 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 d'incidents critiques

par. 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) :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

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 immédiatement signalé l'écllosion infectieuse au directeur.

**Justification et résumé :**

Le service de santé publique de Toronto (TPH) a déclaré une écllosion de maladie infectieuse.

Le service des foyers de soins de longue durée (SLD) a été appelé le lendemain au lieu du jour même où l'écllosion a été déclarée.

Le DSI a reconnu que le directeur n'avait pas été immédiatement informé de l'écllosion, comme requis.

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement l'apparition de l'écllosion au directeur a augmenté le risque de retard dans la surveillance de la situation dans le foyer.

**Sources :** Liste de contrôle pour la gestion des écllosions, rapport du centre d'appel après les heures normales de travail, entrevues avec les membres du personnel.

[739633]

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

Administration des médicaments

par. 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

**Justification et résumé :**

Une personne résidente s'est vu prescrire un médicament avec un régime posologique particulier.

Une vérification de l'ordonnance de médicaments de la personne entrée dans le dossier électronique de soins de santé du foyer a indiqué que la pharmacie avait entré l'ordonnance incorrectement dans le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) de la personne résidente, ce qu'un membre du personnel autorisé a confirmé.

La vérification du registre d'administration des médicaments (MAR) et la confirmation par le membre du personnel autorisé et l'infirmière gestionnaire ont tous deux indiqué que le médicament avait été administré à la personne résidente de manière incorrecte jusqu'à ce que l'ordonnance soit mise à jour sur l'eMAR afin de refléter celle prescrite. Au cours de cette période, la personne résidente a reçu le médicament plus longtemps que nécessaire.

La personne résidente était exposée à un risque accru d'effets cliniques indésirables lorsque le médicament était administré de manière incorrecte et non conforme au mode d'emploi du prescripteur.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; entrevues avec des membres du personnel. [741073]

**ORDRE DE CONFORMITÉ CO n° 001 Programme de prévention et contrôle des infections de l'infection**

Problème de conformité n° 009 Ordonnance 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2)

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Former à nouveau le personnel identifié à la politique d'hygiène des mains du foyer, en particulier aux quatre moments d'hygiène des mains.
- 2) Procéder à des contrôles aléatoires des pratiques d'hygiène des mains du membre du personnel identifié pendant le service des repas, à raison d'au moins deux équipes par semaine pendant une période de trois semaines à compter de la signification de la présente ordonnance.
- 3) Tenir un registre des vérifications réalisées, comprenant notamment les dates de vérification, le nom de la (des) personne(s) chargée(s) des vérifications, les conclusions de la vérification et toute mesure corrective prise en réponse aux conclusions de la vérification.
- 4) Former à nouveau le personnel identifié à la sélection correcte de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris au retrait de l'EPI après utilisation pour les personnes résidentes sur les précautions supplémentaires.
- 5) Former à nouveau le personnel identifié aux exigences de l'ÉPI après son utilisation pour les personnes résidentes sur les précautions supplémentaires.
- 6) Conserver un registre de la formation, comprenant le contenu, la date, les signatures des membres du personnel qui y ont assisté et le membre du personnel qui a dispensé la formation.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre.

Plus précisément la section 9.1 (b et f) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, qui indique que le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans programme de PCI. Les pratiques de base comprennent au minimum L'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, les quatre moments d'hygiène des mains. Les précautions supplémentaires comprennent l'utilisation adéquate d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

**Justification et résumé :**

1. Lors d'une observation, un membre du personnel n'a pas procédé à l'hygiène des mains après avoir manipulé de la vaisselle souillée et avant de prendre des aliments dans la zone de service. Ils ont ensuite aidé deux personnes résidentes et n'ont pas respecté les règles d'hygiène des mains avant de les aider. Après avoir aidé deux personnes résidentes dans deux chambres différentes, ils n'ont pas respecté les quatre moments d'hygiène des mains. Aucune hygiène des mains n'a été effectuée entre le moment où l'aide a été apportée à l'un ou l'autre des deux personnes résidentes.

Le membre du personnel, le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et le DSI ont reconnu que le membre du personnel devait se laver les mains après avoir manipulé de la vaisselle souillée, avant de manipuler de la nourriture et entre chaque aide apportée aux personnes résidentes.

L'absence d'hygiène des mains augmente le risque de transmission de maladies entre les personnes résidentes.

**Sources** : Observations, entrevues avec les membres du personnel et norme PCI pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023).

[739633]

2. Un membre du personnel a été observé en train d'entrer dans la chambre d'une personne résidente qui avait pris des précautions contre les gouttelettes et les contacts. Des panneaux indiquant les EPI requis étaient apposés sur la porte : Masque N95, protection des yeux, blouse et gants. Le membre du personnel a revêtu un masque chirurgical, une protection faciale, une blouse et des gants et est entré dans la pièce. Après avoir accompli les tâches requises, ils ont enlevé la blouse et les gants, mais ont continué à porter le masque chirurgical et la protection faciale après être sortis de la chambre de la personne résidente.

Le membre du personnel a reconnu qu'il aurait dû porter un masque N95 avant d'entrer dans la pièce et retirer le masque chirurgical et la protection faciale en sortant.

Le membre du personnel inscrit a vérifié que la chambre de la personne résidente

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

faisait l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts, et que les membres du personnel devaient porter un masque N95 en entrant dans la chambre.

3. Le même jour, un membre du personnel autorisé est entré dans la chambre d'une personne résidente en appliquant les précautions contre les gouttelettes et les contacts et a revêtu un masque N95, une protection faciale, une blouse et des gants. En sortant de la chambre, ils ont enlevé la blouse et les gants, mais ont continué à porter le masque N95 et la protection faciale et se sont occupés d'une autre personne résidente.

Le membre du personnel a reconnu qu'il n'avait pas retiré le masque N95 et la protection faciale en quittant la chambre de la personne résidente.

Le responsable de la PCI et le DSI ont tous deux vérifié que les membres du personnel n'avaient pas pris les précautions nécessaires pour utiliser correctement l'EPI.

Le non-respect des précautions supplémentaires affichées a augmenté le risque de transmission d'infections parmi les personnes résidentes et les membres du personnel.

**Sources :** Observations, entrevues avec les membres du personnel, dossiers cliniques des personnes résidentes, politique du foyer en matière d'équipement de protection individuelle et norme PCI pour les établissements de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023).

[739633]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :** 10 juin 2024

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative 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 surseoir à l'exécution de cet (ces) ordre(s) dans l'attente de la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative, l'obligation de paiement est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la loi, des frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un recours 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; et
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

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

**Directeur**

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi
- (b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants 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. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M2M 4K5, Téléphone :  
866 311-8002

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

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor West, 9<sup>e</sup> étage Toronto  
(Ontario), M5S 1S4

**Directeur**

a/s coordinateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée Ministère des  
Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario), M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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. Un titulaire de licence peut obtenir plus d'informations sur le HSARB sur le site web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).