

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 3 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1511-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Mennonite Brethren Senior Citizens Home

Foyer de soins de longue durée et ville : Mennonite Brethren Senior Citizens Home, St Catherines

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7, 8, 12 au 14, 18 au 21 novembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00124814, Incident critique (IC) 3016-000015-24 concernant une éclosion de virus parainfluenza,
- Plainte : n° 00125136, IC 3016-000016-24 concernant des traitements ou des soins inappropriés/incompétents,
- Plainte : n° 00128621, IC 3016-000020-24 concernant une éclosion de rhinovirus,
- Plainte : n° 00129137, IC 3016-000022-24 concernant la prévention et la gestion des chutes,
- Plainte : n° 00129138, plainte concernant le programme soins, les soins de la peau et des plaies, ainsi que la prévention et la gestion des chutes,
- Plainte : n° 00131956, IC 3016-000025-24 concernant une éclosion de COVID-19.

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

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Gestion de la douleur (Pain Management)
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente précisait que le personnel devait appliquer une intervention de prévention contre les chutes déterminée. L'intervention a été amorcée selon la demande et l'approbation du ou de la mandataire spécial(e) de la personne résidente.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) aidait la personne résidente avec ses soins du soir, mais a négligé d'appliquer l'intervention de prévention contre les chutes. Comme l'intervention de prévention contre les chutes n'était pas en place, la personne résidente est tombée au sol vers l'avant lorsqu'elle est sortie de la salle de bain. La personne résidente a subi deux zones d'altération de l'intégrité épidermique.

Une infirmière autorisée (IA) a évalué la personne résidente et a déterminé qu'en raison de la nature de l'une des altérations de l'intégrité épidermique, la personne résidente devait aller à l'hôpital. L'IA a affirmé que la PSSP lui avait dit que l'intervention de prévention contre les chutes n'était pas en place lorsque la personne résidente est sortie de la salle de bain.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a admis que la PSSP n'avait pas appliqué les interventions de prévention contre les chutes de la personne résidente conformément à son programme de soins, ce qui a causé une blessure importante pour la personne résidente.

Ne pas fournir les soins conformément au programme de soins a conduit à la chute de la personne résidente, causant deux zones d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer y compris les entretiens; et entretiens avec le personnel.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner des soins inadéquats ou incompétents d'une personne résidente ayant entraîné un préjudice signale immédiatement le soupçon et les informations sur lesquelles il est fondé au directeur ou à la directrice.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute qui a causé deux zones d'altération de l'intégrité épidermique. Une IA a expliqué qu'une PSSP a dit qu'elle n'avait pas appliqué l'intervention de prévention contre les chutes après avoir fourni les soins du soir. Par conséquent, lorsque la personne résidente est sortie de la salle de bain, elle est tombée au sol.

L'IA a affirmé et consigné qu'elle a contacté le ou la DSI ce soir-là pour l'informer que la personne résidente était transférée à l'hôpital. Le ou la DSI a admis que la ligne après les heures de bureau du ministère des Soins de longue durée aurait dû être utilisée pour faire rapport de l'incident lorsque l'IA l'a informé(e).

Ne pas aviser immédiatement le directeur ou la directrice des soins inappropriés ou incompétents d'une personne résidente qui a entraîné un préjudice a le potentiel que le directeur ou la directrice ne soit pas au courant de l'incident et que les mesures nécessaires ne soient pas prises.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, documents sur la gestion de risques; et entretiens avec le ou la DSI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Contention minimale

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 33 (1) b) de la LRSLD (2021).

Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la maîtrise et du confinement des résidents

Par. 33 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) la politique est respectée.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect de la politique du foyer visant à minimiser la maîtrise des personnes résidentes.

Justification et résumé

Le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résidente a demandé l'utilisation d'une mesure de maîtrise physique, et y a consenti, à utiliser comme intervention de prévention contre les chutes, plus de deux ans plus tôt. Depuis ce temps, le programme de soins de la personne résidente précisait les moments où la mesure de maîtrise devait être appliquée.

La politique du foyer, Personal Assistive Services Device (PASD) and Restraints [appareils d'aide personnelle et mesures de maîtrise], indiquait que la nécessité d'une contrainte doit être réévaluée chaque trimestre.

La DSI a expliqué que les mesures de maîtrise, même demandées par le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résidente, devraient être évaluées chaque trimestre pour s'assurer qu'une personne résidente n'est pas surmaîtrisée. Ces évaluations surviennent habituellement au même moment que le fichier de données essentielles sur la santé mentale de l'instrument d'évaluation de la personne résidente (RAI MDS) planifié.

Selon un examen du RAI MDS planifié pour la personne résidente à partir du moment où la mesure de maîtrise a d'abord été amorcée jusqu'à ce jour, la personne résidente aurait dû avoir 11 examens trimestriels pour l'évaluation Use of Physical Restraint [usage d'une mesure de maîtrise physique]. Seulement cinq évaluations ont été remplies.

Ne pas respecter la politique du foyer sur les appareils d'aide personnel et les mesures de maîtrise en réalisant les évaluations trimestrielles peut avoir fait en sorte que la personne résidente ait été maîtrisée de manière inutile.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique Personal Assistive Services Device and Restraints [appareils d'aide personnelle et mesures de maîtrise] (9-P-76; mai 2013); et entretien avec le ou la DSI

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente 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 :

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), 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 présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique se fasse évaluer la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

Selon la disposition 55 (3) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, une altération de l'intégrité épidermique désigne une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique.

Une personne résidente a fait une chute qui a causé deux zones d'altération de l'intégrité épidermique. Une ou un IA a rempli une évaluation de la peau au moyen de l'outil Weekly Wound Assessment [évaluation hebdomadaire des plaies] du foyer dans Point click care (PCC) pour une zone d'altération de l'intégrité épidermique. L'IA a affirmé avoir prévu de remplir l'évaluation lorsque la personne résidente reviendrait de l'hôpital pour l'autre zone, puisque l'évaluation n'aurait pas eu le même résultat à la suite de l'hospitalisation. Tandis que l'IA a consigné la présence de la deuxième zone d'altération de l'intégrité épidermique dans les notes d'évolution de PCC, elle ou il a admis ne pas avoir utilisé l'instrument d'évaluation du foyer conçu expressément pour la peau et les plaies. Une évaluation de la plaie pour la deuxième zone d'altération de l'intégrité épidermique a été réalisée 12 jours après l'incident.

Le ou la DSI a expliqué qu'il ou elle s'attendait à ce que le personnel traite immédiatement la blessure et remplisse une évaluation de la peau et des plaies lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital. La personne résidente est revenue au foyer environ sept heures après avoir été initialement envoyée à l'hôpital.

Ne pas remplir une évaluation de la peau au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu pour la peau et les plaies peut avoir fait en sorte que la plaie de la personne résidente n'a pas été évaluée correctement lorsqu'elle s'est produite, créant une référence pour les évaluations futures.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; et entretiens avec le ou la DSI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) (b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures 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 de Hamilton

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

l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :
(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique reçoive immédiatement des interventions pour réduire ou soulager la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait plusieurs zones comportant des signes d'altération de l'intégrité épidermique. L'infirmière ou l'infirmier responsable a consigné que la personne résidente demeurait plus souvent au lit et refusait de se lever. Environ au même moment, le médecin du foyer a relevé que la personne résidente refusait la physiothérapie, ne voulait pas bouger sa jambe ni sortir du lit. Le médecin a consigné que la personne résidente était à risque élevé de perdre davantage les fonctions de ses membres inférieurs et de devenir grabataire. Les notes d'évolution indiquaient également que la personne résidente éprouvait des épisodes de douleur continue au cours de cette période.

Les documents dans Point of Care (POC) montraient que les refus de la personne résidente à être transférée augmentaient. Un examen de programme de soins de la personne résidente et d'une liste de tâches montrait qu'aucune intervention de retournement et de changement de position toutes les deux heures n'avait été amorcée jusqu'à environ un mois après qu'on ait relevé que la personne résidente restait au lit plus fréquemment.

Le ou la DSI a affirmé qu'il ou elle croyait que l'intervention avait été amorcée plus tôt.

Ne pas recevoir d'interventions immédiates afin de réduire ou de soulager la douleur et de favoriser la guérison peut avoir contribué à ce que la personne résidente éprouve de la douleur continue et à un retard dans le processus de guérison.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait une altération de l'intégrité épidermique soit évaluée au moins chaque semaine, si cela s'impose sur le plan clinique.

Justification et résumé

Au cours d'une période de cinq mois, une personne résidente a développé plusieurs altérations de l'intégrité épidermique. Le dossier électronique d'administration des traitements (eTAR) de la personne résidente précisait que l'évaluation hebdomadaire de la plaie devait être remplie et indiquait la date de début pour chaque zone. Une zone ne présentait pas d'évaluation prévue, malgré le fait qu'il y avait un traitement prévu.

Un examen des évaluations hebdomadaires de la plaie remplies et des évaluations de la peau et des plaies a permis de déterminer que les évaluations n'avaient pas été consignées à 20 moments combinés pour toutes les zones d'altération de l'intégrité épidermique. Également, les évaluations n'étaient pas claires pour déterminer si ou quand une plaie avait été guérie ou rouverte.

Le ou la responsable des soins de la peau et des plaies a expliqué que les évaluations hebdomadaires des plaies s'imposaient sur le plan clinique pour toutes les altérations de l'intégrité épidermique et a admis que certaines évaluations avaient été ratées parce que la personne résidente refusait de bouger ou de permettre au personnel d'évaluer une zone. Le ou la DSI a convenu avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies que toutes les altérations de l'intégrité épidermique auraient dû être évaluées chaque semaine. Le ou la DSI a expliqué que si la personne résidente refusait de permettre au personnel de remplir une évaluation, la tâche aurait dû être soutenue lors du quart de travail suivant, puisque l'évaluation de l'état de la plaie était importante sur le plan clinique.

Ne pas remplir les évaluations hebdomadaires de la plaie sur les zones d'altération de l'intégrité épidermique peut avoir retardé les ajustements du traitement si ou quand les plaies se sont aggravées.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; et entretiens avec le ou la DSI et le ou la responsable de la peau et des plaies.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRS LD (2021).

Non-respect de : la disposition 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 Hamilton

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

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

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

Le titulaire de permis doit réaliser ce qui suit :

1. S'assurer que les personnes résidentes se font proposer de pratiquer l'hygiène des mains ou reçoivent de l'aide pour le faire avant les repas, que ce soit dans la salle à manger ou dans leurs chambres.
2. Effectuer, au minimum, deux fois par semaine, des vérifications de l'hygiène des mains des personnes résidentes du premier étage pour une durée de six semaines afin de s'assurer que l'hygiène des mains des personnes résidentes est constamment proposée ou soutenue.
3. Former de nouveau une ou un IAA déterminé(e) sur le programme d'hygiène des mains du foyer, y compris les quatre moments de l'hygiène des mains.
4. Effectuer, au minimum, deux fois par semaine des vérifications de l'hygiène des mains, au cours de la distribution des médicaments, lorsque l'IAA en question administre les médicaments, pour une période de six semaines afin de veiller à ce que l'hygiène des mains, selon les quatre moments de l'hygiène des mains, soit pratiquée de façon constante.
5. Former de nouveau une PSSP déterminée sur le choix, l'application et le retrait appropriés l'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis pour entrer dans les chambres des personnes résidentes soumises aux précautions en cas de transmission par gouttelette ou par contact relativement aux personnes testées positives pour la COVID-19.
6. Effectuer, au minimum, deux fois par semaine des vérifications de l'ÉPI que cette PSSP choisit, applique et retire et qui est requis pour les personnes résidentes en isolement soumises aux précautions en cas de transmission par gouttelettes ou par contact, pour une période de six semaines afin de s'assurer que le choix, l'application et le retrait appropriés de l'ÉPI se fait de façon cohérente.
7. Toutes les vérifications requises doivent être consignées et doivent identifier la personne qui a rempli la vérification, la date de vérification, et toute mesure prise, le cas échéant.

Motifs

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

Justification et résumé

A. Les paragraphes 10.4 h) et i) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée précise que le programme d'hygiène des mains du foyer doit inclure 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 de Hamilton

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

politiques et des marches à suivre afin de soutenir les personnes résidentes pour qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant de recevoir leurs repas, y compris celles qui éprouvent de la difficulté à pratiquer l'hygiène des mains en raison d'une mobilité réduite, de troubles cognitifs ou autres. La politique Hand Hygiene [hygiène des mains] du foyer précise que le personnel doit aider les personnes résidentes avec l'hygiène des mains avant de manger et après avoir toussé ou éternué.

Des personnes résidentes ont été observées pendant un service de dîner au premier étage. Aucune personne résidente n'a été observée comme se faisant proposer l'hygiène des mains ou se faisant aider à la pratiquer dans la salle à manger ou en y entrant, avant de recevoir son repas.

Six jours plus tard, une éclosion de COVID-19 a été déclarée au troisième étage et le lendemain, la maladie s'était également propagée au premier étage.

Six jours après le début de l'éclosion, neuf personnes résidentes, qui étaient en isolement, ont été observées pendant le service de dîner au premier étage. Aucune personne résidente n'a été observée comme se faisant proposer l'hygiène des mains ou se faisant aider à la pratiquer, que ce soit dans la salle à manger ou en y entrant, avant de recevoir son repas. Neuf personnes résidentes qui étaient en isolement en raison d'une infection de COVID-19 soupçonnée ou confirmée ont été observées alors qu'on leur fournissait un repas emballé dans leurs chambres. Une personne résidente avait toussé ouvertement dans ses mains plusieurs fois avant de recevoir son repas. Une autre personne résidente a commencé à manger son repas avec ses doigts. Aucune de ces personnes résidentes ne s'est fait offrir l'hygiène des mains ni n'a reçu d'aide pour la pratiquer avant de recevoir son repas ou de la manger.

Le ou la responsable de la PCI a admis que le nombre de cas positifs au premier étage augmentait tandis que celui du troisième étage demeurait stable. Il ou elle a également dit que les personnes résidentes auraient dû pratiquer l'hygiène des mains dans la salle à manger avant les repas et que, pour celles en isolement, il est prévu que l'hygiène des mains soit pratiquée avant de recevoir ou de manger le repas.

Ne pas offrir l'hygiène des mains aux personnes résidentes ni les aider à la pratiquer avant les repas peut avoir contribué à la propagation de la maladie infectieuse.

B. Le paragraphe 9.1 b) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée précise que, au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains aux quatre moments de l'hygiène des mains, notamment avant et après un contact avec une personne résidente. La politique du foyer sur l'hygiène des mains identifie les moments où le personnel doit pratiquer l'hygiène des mains, ce qui est correspond à la Norme de PCI.

Une ou un IAA a été observé(e) administrant des médicaments aux personnes résidentes au cours d'un service de dîner pendant environ 20 minutes. Pendant ce temps, l'IAA a administré des médicaments à plusieurs personnes résidentes; elle ou il n'a toutefois pratiqué l'hygiène des mains que trois fois à son retour au chariot à médicaments. Pendant ce temps, elle ou il a aussi touché le clavier de l'ordinateur, les tiroirs du chariot à médicaments, des plaquettes de médicament, des bouteilles, des cuillères en plastique, des gobelets à médicaments, des clés et le chariot à boissons.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le ou la responsable de la PCI a expliqué que lorsque les IA ou les IAA administrent les médicaments, l'hygiène des mains doit avoir lieu avant de quitter le chariot à médicaments pour l'administration à la personne résidente ainsi qu'au retour au chariot, avant de préparer le médicament pour la personne suivante.

Ne pas pratiquer l'hygiène des mains de façon constante selon les quatre moments de l'hygiène des mains peut avoir contribué à la propagation de la maladie infectieuse.

C. Le paragraphe 9.1 f) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée précise que, au minimum, les précautions supplémentaires doivent comporter des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (ÉPI), notamment le choix, le port et le retrait appropriés. La politique Additional Precautions [précautions supplémentaires] du foyer précise que pour les personnes résidentes positives à la COVID-19, l'ÉPI requis comprend la protection oculaire, le masque N95, la blouse et les gants. La politique dicte également que l'ordre adéquat pour enfiler l'ÉPI est la blouse avant les gants alors que ce sont les gants avant la blouse pour l'ordre de retrait.

Au cours de la récente éclosion, le personnel a livré des dîners emballés aux personnes résidentes en isolement, soumises aux précautions en cas de transmission par gouttelettes ou par contact, qui étaient positives à la COVID-19. De façon constante, une PSSP a enfilé les gants avant la blouse et retiré la blouse avant les gants tandis qu'elle livrait le dîner à cinq personnes résidentes. Elle n'a jamais changé de masque chirurgical pour un masque N95 avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente ni mis un nouveau masque chirurgical à la sortie de la chambre. La PSSP n'a également jamais nettoyé sa protection oculaire.

Le ou la responsable de la PCI a affirmé qu'il ou elle s'attend à ce que le personnel enfiler des masques N95 pour entrer dans les chambres des personnes résidentes qui ont été confirmées positives à la COVID-19, de changer pour un masque chirurgical et de nettoyer la protection oculaire à la sortie des chambres. Il ou elle a affirmé que le bon ordre pour enfiler et retirer l'ÉPI était blouse avant gants et gants avant blouse. Le ou la responsable de la PCI a également confirmé que la propagation de COVID-19 au premier étage augmentait, comparativement au troisième étage où la situation s'était stabilisée.

Ne pas choisir, appliquer et retirer de façon appropriée l'ÉPI requis peut avoir contribué à la propagation de la maladie infectieuse.

Sources : observations; politique Hand Hygiene [hygiène des mains] (8-P-06; août 2023), politique Additional Precautions [précautions supplémentaires] (8-P-26, septembre 2023), Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (révisée en septembre 2023); entretien avec le ou la ou le responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 février 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 de Hamilton

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

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 :

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 (par. 155) ou l'APA (par. 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.

Commission d'appel et de révision des services de la 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.