

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1475-0002

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Sharon Farms & Entreprises Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Earls Court Village, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 12, 13, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26 et 27 septembre ainsi que le 1^{er} octobre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 17 septembre 2024

L'inspection concernait les demandes de suivi découlant d'un ordre de conformité (OC) suivantes :

- Demande n° 00118696 – OC n° 001 de l'inspection n° 2024-1475-0001, en vertu de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Programmes obligatoires, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 19 juillet 2024
- Demande n° 00118697 – OC n° 002 de l'inspection n° 2024-1475-0001, en vertu du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins de la peau et des plaies, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 19 juillet 2024
- Demande n° 00118695 – OC n° 003 de l'inspection n° 2024-1475-0001, en vertu du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, Gestion de la douleur, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 19 juillet 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

- Demande n° 00118694 – OC n° 004 de l'inspection n° 2024-1475-0001, en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, Administration des médicaments, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 19 juillet 2024

L'inspection concernait les demandes découlant d'une plainte suivantes :

- Demande n° 00120034 [IL-0128023-LO], plainte portant sur le programme de soins et la disponibilité des fournitures
- Demande n° 00124063 [IL-0129987-LO], plainte portant sur l'exploitation du foyer et la négligence envers les résidents
- Demande n° 00125290 [IL-0130522-LO], liée à la communication avec les médecins
- Demande n° 00126828 [IL-0131238-LO], plainte anonyme portant sur la lutte contre les ravageurs

L'inspection concernait les demandes découlant d'un incident critique (IC) suivantes :

- Demande n° 00120610 – [IC n° 3047-000019-24], liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée
- Demande n° 00123806 – [IC n° 3047-000024-24], liée à l'altération de l'intégrité épidermique

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1475-0001 en vertu de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1475-0001 en vertu du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1475-0001 en vertu du paragraphe 57 (2) du
Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1475-0001 en vertu du paragraphe 140 (2) du
Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Orientation

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au
paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans
les domaines mentionnés ci-dessous :

3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance
zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel reçoive une
formation sur la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect*), et ce, avant qu'il assume ses responsabilités.

Justification et résumé

Le rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning indiquait que ce membre du personnel n'avait pas suivi le module sur la politique LP-C-01 visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes. Le membre du personnel a travaillé sans avoir suivi la formation obligatoire sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

La politique LP-C-01 visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes décrivait les principes sous-jacents à la création d'un milieu exempt de mauvais traitements ou de négligence. Elle prévoyait aussi que l'ensemble du personnel reçoive à l'embauche, puis annuellement, une formation sur les politiques et les marches à suivre relativement à la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. Les stratégies visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence englobaient la formation offerte sur la plateforme Surge Learning et la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

La personne responsable de la coordination du perfectionnement du personnel a confirmé que le membre du personnel n'avait pas déclaré par sa signature qu'il avait lu cette politique lors de son embauche comme cela était exigé. Elle a aussi confirmé qu'il n'avait pas suivi le module offert sur la plateforme Surge Learning

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

relativement à la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence avant d'assumer ses responsabilités au foyer.

Lorsque le foyer n'a pas veillé à ce que le membre du personnel reçoive, avant d'assumer ses responsabilités, une formation sur la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, cela a augmenté le risque pour les personnes résidentes. Le foyer n'a pas non plus veillé à ce que le membre du personnel comprenne son obligation de déclaration définie dans le cadre de la politique.

Sources : examen de la demande découlant d'une plainte, rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Orientation

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

Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

9. Prévention et contrôle des infections

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel reçoive une formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) avant d'assumer ses responsabilités.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

Le rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning indiquait que ce membre du personnel n'avait pas suivi les modules obligatoires relatifs à la prévention et au contrôle des infections (PCI). La personne responsable de la coordination du perfectionnement du personnel a affirmé que la formation en ligne offerte sur la plateforme Surge Learning devait être suivie avant que le membre du personnel n'assume ses responsabilités. Le membre du personnel a continué à assumer ses responsabilités et il n'a pas suivi la formation relative à la PCI sur la plateforme Surge Learning.

La personne responsable de la PCI a confirmé que le membre du personnel n'avait pas suivi la formation relative à la PCI. Elle a expliqué que chaque chef de service était chargé de veiller à ce que les membres du personnel assistent aux séances d'orientation et de formation avant d'assumer leurs responsabilités. Les personnes résidentes étaient exposées à un risque lorsque le membre du personnel n'était pas formé dans les domaines de l'hygiène des mains, des voies de transmission, des signes et symptômes des maladies infectieuses, de l'étiquette respiratoire, des pratiques de nettoyage et de désinfection, de l'utilisation d'équipements de protection individuelle (dont les techniques appropriées d'enfilage et de retrait) et de la manipulation et de l'élimination des déchets biologiques et des déchets dangereux (dont les équipements de protection individuelle usagés).

Sources : examen du rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning, fiche de présence, rapport sur l'historique des présences, 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Justification et résumé

La *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023, présentait une exigence supplémentaire aux termes de la norme à la section 9.1 : « Le titulaire de permis veille au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI. » Au minimum, les pratiques de base comportent ce qui suit :

b) l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

La politique du foyer sur l'hygiène des mains (*Hand Hygiene – IC-5-10 3*) indiquait que l'on ne devait pas laver ou nettoyer des mains gantées avec du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA).

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Lors de l'administration d'un agent cytotoxique par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), on a observé que cette dernière a enfilé deux paires de gants en nitrile et qu'elle a appliqué du DMBA sur les gants pour les assainir. L'IAA a affirmé qu'elle avait utilisé du DMBA parce qu'elle avait touché le chariot de médicaments avec ses mains gantées.

Le directeur des soins a affirmé que le personnel ne devait pas appliquer de DMBA sur les gants. Le personnel devait respecter la politique sur l'hygiène des mains.

Sources : observation d'une période d'administration de médicaments, examen de la politique du foyer sur l'hygiène des mains (*Hand Hygiene – IC-5-10 – 3*), *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée*, entretien avec une IAA et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

3. Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des résidents.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne responsable de la PCI s'acquitte de sa responsabilité de surveiller la formation sur la PCI donnée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des personnes résidentes.

Justification et résumé

Le rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning indiquait que le membre du personnel en question n'avait pas suivi les modules obligatoires sur la PCI. La personne responsable de la PCI a confirmé qu'elle ne supervisait pas la formation qui était donnée sur la PCI et que cette responsabilité incombait à la personne responsable de la coordination du perfectionnement du personnel et aux chefs de service. Elle s'est exprimée sur le fait que ces derniers n'avaient pas assuré de suivi pour veiller à ce que le membre du personnel reçoive une formation sur la PCI. Elle a aussi affirmé que le membre du personnel avait travaillé pendant environ quatre mois sans avoir reçu cette formation.

Sources : examen du rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion des médicaments

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

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

Administration des médicaments

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.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

Un rapport du système de rapport d'incidents critiques (SIC) faisait état de l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.

La politique NAM-F-05 du foyer sur l'administration des médicaments (*Administration of Medication – NAM-F-05*) indiquait que les médicaments ne devaient être administrés que lorsque le personnel infirmier autorisé avait vérifié les dix droits de l'administration de médicaments, dont la bonne voie d'administration et le bon site d'administration.

La personne résidente a affirmé qu'on lui avait administré le médicament par la mauvaise voie d'administration et qu'elle l'avait mentionné à l'IAA.

La direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité (*Practice Integration and Compliance*) a affirmé que l'enquête avait permis de déterminer que l'IAA avait expédié la prestation de soins et qu'elle avait mal administré le médicament.

La personne résidente a ressenti de la douleur, un malaise et une détresse émotionnelle.

Sources : examen du rapport du SIC, échange de courriels d'un membre de la famille de la personne résidente avec la direction générale, examen de la politique du foyer sur l'administration des médicaments (*Administration of Medication –*

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

NAM-F-05), examen des ordonnances médicales et des notes d'évolution de la personne résidente et entretiens avec la personne résidente, l'IAA, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la direction générale.

AVIS ÉCRIT : Gestion des médicaments

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

Non-respect : de l'alinéa 147 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :
a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient décrits et consignés dans un dossier un incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente et les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de cette dernière.

Justification et résumé

Un rapport du SIC faisait état de l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.

La politique NAM-F-38 du foyer sur les incidents, erreurs et réactions indésirables liés à un médicament (*Medication Incidents, Errors and Adverse Drug Reactions* –

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

NAM-F-38) indiquait que le membre du personnel infirmier autorisé était chargé d'établir un rapport d'erreur ou d'incident lié à un médicament si une telle erreur ou un tel incident se produisait.

La direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité a confirmé qu'aucun rapport d'incident lié à un médicament n'avait été établi. Le foyer n'a pas consigné l'incident lié à un médicament. Par conséquent, celui-ci n'aurait pas fait partie de l'évaluation trimestrielle visant à réduire et à prévenir les incidents liés à un médicament. De plus, les personnes concernées n'ont pas été informées de l'incident.

Sources : examen du rapport du SIC, échange de courriels d'un membre de la famille de la personne résidente avec la direction générale, examen de la politique du foyer sur les incidents, erreurs et réactions indésirables liés à un médicament (*Medication Incidents, Errors and Adverse Drug Reactions – NAM-F-38*), entretien avec la direction générale.

AVIS ÉCRIT : Gestion des médicaments

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

Non-respect : de l'alinéa 147 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à un médicament et mettant en cause une personne résidente soit signalé au mandataire spécial de cette dernière, au directeur médical, au directeur des soins et au fournisseur de services pharmaceutiques.

Justification et résumé

Un rapport du SIC faisait état de l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.

La politique NAM-F-38 du foyer sur les incidents, erreurs et réactions indésirables liés à un médicament indiquait que le membre du personnel infirmier autorisé avait la responsabilité d'informer le médecin, le directeur des soins et le mandataire spécial de toute erreur ou de tout incident lié à un médicament.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que le médecin de garde avait été informé de l'état de santé de la personne résidente.

La direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité a affirmé qu'elle avait été informée de l'incident lié à un médicament par le membre de la famille de la personne résidente, mais qu'elle n'avait pas signalé cet incident au mandataire spécial, au directeur médical ou à la pharmacie.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Lorsque l'incident n'a pas été signalé, le directeur des soins, le directeur médical et la pharmacie n'ont pas pu faire le suivi et l'examen appropriés. La personne résidente s'est vu administrer un médicament par la mauvaise voie d'administration et elle a ressenti de la douleur.

Sources : examen du rapport du SIC, échange de courriels du membre de la famille de la personne résidente avec la direction générale, examen de la politique du foyer sur les incidents, erreurs et réactions indésirables liés à un médicament (*Medication Incidents, Errors and Adverse Drug Reactions – NAM-F-38*), entretien avec la direction générale.

AVIS ÉCRIT : Orientation

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

Non-respect : du paragraphe 259 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Orientation

Paragraphe 259 (1) Pour l'application de la disposition 11 du paragraphe 82 (2) de la Loi, une formation est offerte à l'égard des domaines supplémentaires suivants :

1. Les marches à suivre écrites du titulaire de permis sur la façon de traiter les plaintes et le rôle que peuvent jouer les membres du personnel en l'occurrence.
2. L'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement en lien avec les responsabilités des membres du personnel, notamment le matériel thérapeutique, les appareils de levage, les appareils fonctionnels et les aides au changement de position.
3. Le nettoyage et l'assainissement de l'équipement en lien avec les responsabilités des membres du 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel reçoive une formation à l'égard de domaines supplémentaires, à savoir les marches à suivre écrites sur la façon de traiter les plaintes, l'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement et le nettoyage en lien avec les responsabilités de ce membre du personnel.

La disposition 11 du paragraphe 82 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* énonce que le « titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous : les autres domaines que prévoient les règlements. »

Le paragraphe 82 (1) de la *LRSLD* énonce que le « titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que tout le personnel du foyer ait reçu la formation exigée par le présent article ».

Justification et résumé

Aucun renseignement indiquant que le membre du personnel avait suivi la formation à l'égard des domaines supplémentaires suivants n'a été consigné dans le rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning :

1. les marches à suivre écrites du titulaire de permis sur la façon de traiter les plaintes et le rôle que peuvent jouer les membres du personnel en l'occurrence;
2. l'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement;
3. le nettoyage en lien avec les responsabilités des membres du personnel.

La personne responsable de la coordination du perfectionnement du personnel a affirmé que le membre du personnel n'avait pas suivi la formation en ligne sur la plateforme Surge Learning qui traitait des faits saillants sur la sécurité des échelles

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

(*Ladder Safety Fast Fact*). Elle a aussi mentionné qu'aucune formation n'était prévue pour les membres du personnel sur la plateforme Surge Learning quant aux marches à suivre écrites du foyer sur le traitement des plaintes et le rôle des membres du personnel relativement à celui-ci ou quant aux procédures de nettoyage en lien avec les responsabilités des membres du personnel. Le directeur des soins a confirmé que le membre du personnel n'avait pas terminé le programme d'orientation à l'embauche et qu'aucun renseignement ne pouvait montrer que ce dernier avait reçu une formation quant aux marches à suivre écrites sur le traitement des plaintes et le rôle des membres du personnel relativement à celui-ci.

Le membre du personnel n'était pas formé sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, dont les échelles. De plus, aucune formation sur les procédures de nettoyage en lien avec les responsabilités du membre du personnel n'était consignée. Le membre du personnel n'a pas reçu de formation sur son rôle dans le traitement des plaintes. Les personnes résidentes étaient exposées à un risque. On aurait pu les protéger plus tôt si le membre du personnel avait appliqué les marches à suivre écrites du foyer sur la façon de traiter les plaintes.

Sources : examen du rapport d'étape concernant la formation sur la plateforme Surge Learning, entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Entretien ménager

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

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

Entretien ménager

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

c) l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 93 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- a) conclure un contrat avec une société de gestion des déchets pour l'élimination adéquate des déchets cytotoxiques;
- b) élaborer une politique sur les pratiques adéquates en matière d'entreposage et d'élimination des déchets cytotoxiques; former l'ensemble du personnel sur cette politique; tenir un dossier écrit sur la formation, ce qui comprend une description de son contenu, le nom de la personne qui l'a offerte, les noms des participants et la date à laquelle elle a été suivie. Ce dossier doit être conservé au foyer jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté;
- c) offrir une formation d'appoint aux PSSP sur l'enfilage et le retrait des équipements de protection individuelle (EPI) pour les chambres de personnes résidentes qui nécessitent des précautions relativement aux agents cytotoxiques, ainsi qu'une formation d'appoint sur la manipulation sécuritaire et l'élimination adéquate des déchets cytotoxiques (la formation reposera sur la politique du foyer); tenir un dossier écrit sur la formation.

Motifs

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager pour l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés.

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle des déchets cytotoxiques auraient été éliminés de façon inadéquate a été adressée au directeur.

A) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux (*Cytotoxic and Hazardous Medication Handling – 6.5*) indiquait que le foyer avait la responsabilité de veiller à ce que le personnel respecte les marches à suivre lors de la gestion des déchets cytotoxiques ou dangereux.

Une affiche indiquant que des précautions contre les agents cytotoxiques étaient nécessaires et une poubelle destinée aux EPI se trouvaient devant la porte à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente.

L'inspecteur ou l'inspectrice a alerté une PSSP, qui est par la suite entrée dans la chambre de la personne résidente sans enfiler l'EPI approprié. Elle a aidé la personne résidente dans la salle de bain, puis elle est sortie de la chambre en tenant sans gants un sac de plastique transparent rempli de déchets. La PSSP a jeté ce sac de déchets avec les ordures ménagères dans l'aire de rangement et d'unité souillée. Elle a affirmé qu'elle aurait dû le mettre dans le sac rouge destiné à l'élimination des déchets cytotoxiques qui se trouvait devant la porte de 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La personne responsable de la PCI a affirmé que la PSSP aurait dû jeter les déchets dans le sac rouge destiné à l'élimination des déchets cytotoxiques, et non avec les ordures ménagères dans l'aire de rangement et d'unité souillée. L'exposition du personnel à des déchets cytotoxiques lui fait courir un risque de mutation et de formation de cellules anormales, ce qui fait courir aux personnes résidentes ce même risque.

B) La politique OHS-J-125 du foyer sur la manipulation sécuritaire de médicaments dangereux (*Hazardous Drug – Safe Handling – OHS-J-125*) indiquait que le foyer s'efforcera de veiller à ce que la réception, l'entreposage, l'administration et l'élimination de médicaments dangereux et de produits contaminés ne présentent aucun risque excessif pour les employés ou les personnes résidentes concernés par leur utilisation.

Les inspecteurs ou inspectrices ont observé à plusieurs reprises que des sacs rouges destinés à l'élimination des déchets cytotoxiques avaient été jetés dans une poubelle de couleur pâle dans l'aire de rangement et d'unité souillée et que d'autres avaient été jetés avec les ordures ménagères dans la grande poubelle.

La direction de la gestion des installations a affirmé que l'on avait formé les membres du personnel pour qu'ils ramassent ces sacs rouges destinés aux déchets biologiques dangereux et qu'ils les jettent dans la poubelle de couleur pâle dans l'aire de rangement et d'unité souillée. Après vingt-quatre heures, ces sacs rouges devaient être jetés dans les ordures ménagères en vue de la collecte des déchets. En outre, la collecte de tous les déchets, dont les déchets cytotoxiques, a été confiée à un sous-traitant.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Un échange de courriels avec la personne responsable des opérations du sous-traitant a montré que celui-ci n'effectuait pas la collecte des déchets cytotoxiques provenant du foyer. Lors d'un entretien, le sous-traitant a mentionné qu'on leur avait seulement confié la collecte des ordures ménagères et qu'il ignorait avoir ramassé des déchets cytotoxiques.

Le directeur des soins a affirmé qu'aucune marche à suivre ou politique n'était en vigueur pour la manipulation, la désinfection et l'élimination liées aux matières cytotoxiques dangereuses. Il a ajouté que la direction de la gestion des installations a donné des directives pour que les déchets cytotoxiques soient entreposés pendant vingt-quatre heures dans une poubelle de couleur pâle dans l'aire de rangement et d'unité souillée.

La politique IC-E-35 du foyer sur les généralités concernant l'élimination des déchets (*Waste Disposal – General – IC-E-35*) décrivait les types de déchets, dont les déchets cytotoxiques, mais ne contenait pas de marche à suivre pour leur élimination. La direction générale a confirmé que le foyer ne disposait d'aucune marche à suivre pour l'élimination des déchets cytotoxiques.

La direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité a affirmé que le foyer était actuellement à la recherche d'une société à laquelle confier la collecte des déchets cytotoxiques.

Sources : examen de la demande découlant d'une plainte, plusieurs observations, entretiens avec la PSSP, la personne responsable de la PCI, la direction des services environnementaux, la direction de la gestion des installations, le directeur des soins, la direction générale et la direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

29 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) veiller à ce qu'un message soit envoyé à l'ensemble du personnel pour l'informer de sa responsabilité législative et de son obligation de signaler tout incident réel ou présumé de mauvais traitements ou de négligence; rappeler au personnel que si un membre du personnel soupçonne une situation potentielle ou réelle de mauvais traitements ou de négligence à l'égard d'une personne résidente, en a conscience ou en est témoin, il doit immédiatement protéger la personne résidente et en informer l'infirmière responsable ou une autre personne responsable;

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

b) envoyer une copie du message à l'ensemble du personnel, qui doit être conservée aux fins d'examen par l'inspecteur ou l'inspectrice, ainsi que conserver un dossier écrit contenant les noms des membres du personnel qui ont reçu le rappel.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Un ancien membre du personnel n'a pas respecté la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, car il n'a pas signalé une négligence supposée.

La politique LP-C-01 visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence décrivait les principes sous-jacents à la création d'un milieu exempt de mauvais traitements ou de négligence et énonçait que tous les membres du personnel, les bénévoles et les autres membres du personnel de soutien ont l'obligation de signaler tout incident réel ou soupçonné de mauvais traitements ou de négligence. Si un membre du personnel soupçonnait une situation potentielle ou réelle de mauvais traitements ou de négligence à l'égard d'une personne résidente, en avait conscience ou en était témoin, il devait immédiatement protéger la personne résidente et en informer l'infirmière responsable.

La direction générale de l'intégration des pratiques et de la conformité assumait le rôle de directeur des soins par intérim pendant l'emploi du membre du personnel en question. Elle a confirmé qu'aucune négligence présumée ou soupçonnée

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

n'avait été signalée à quiconque au foyer par ce dernier. Le fait que le membre du personnel n'ait pas signalé les faits présumés au foyer a fait courir un risque aux personnes résidentes. Signaler au foyer une négligence présumée ou soupçonnée aurait permis de protéger les personnes résidentes, de mener des enquêtes et de mettre en place des mesures de protection pour prévenir la négligence. Dans le cadre de son programme d'orientation, le membre du personnel n'a pas reçu de formation sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

Sources : examen de la demande découlant d'une plainte, examen de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect*), entretiens avec le personnel et les personnes résidentes.

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

8 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Entretien ménager

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

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

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au sous-alinéa 93 (2) a) (i) de la LRSLD (2021)

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- a) élaborer une politique sur le processus ou la marche à suivre relativement au nettoyage et à la désinfection de l'environnement, notamment des surfaces de contact et des toilettes dans les salles de bain communes pour lesquelles des précautions doivent être prises concernant les médicaments dangereux (agents cytotoxiques); veiller à ce que la politique fournisse des indications claires aux PSSP et aux membres du personnel d'entretien ménager en ce qui concerne l'équipement de protection individuelle exigé, les produits de nettoyage à utiliser et la procédure de nettoyage à appliquer après chaque utilisation par une personne résidente;
- b) veiller à ce qu'un message soit envoyé à l'ensemble des membres du personnel infirmier et du personnel d'entretien ménager pour les informer de la politique relativement aux pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement dans les salles de bain communes où des précautions doivent être prises concernant les médicaments dangereux;
- c) veiller à ce que des indications claires soient affichées au point de service pour rappeler aux PSSP et au personnel d'entretien ménager de nettoyer et de désinfecter les surfaces de contact et les toilettes conformément à la politique.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager, pour le nettoyage des surfaces de contact après l'utilisation par une

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

personne résidente d'une salle de bain commune pour laquelle des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux (agents cytotoxiques).

Justification et résumé

Lors de l'observation de l'utilisation par les personnes résidentes de plusieurs salles de bain communes où des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux, on a constaté dans une seule des quatre salles de bain communes qu'une affiche indiquant de désinfecter le siège de la toilette avant et après chaque utilisation était apposée au-dessus de la toilette.

La personne responsable de la PCI a affirmé que des lingettes désinfectantes de la marque Diversey Oxivir Tb ou de la marque Accel INTERvention devaient être utilisées pour désinfecter le siège des toilettes avant et après chaque utilisation, par l'une des deux personnes résidentes, d'une salle de bain commune où des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux. Aucune marche à suivre, aucune politique et aucun processus écrit relativement à l'entretien ménager ne demandait au personnel de nettoyer et de désinfecter les surfaces de contact et les toilettes des personnes résidentes qui prenaient un agent cytotoxique et qui partageaient une salle de bain. La personne responsable de la PCI a affirmé que la pratique en vigueur était que les PSSP nettoient les toilettes à l'aide d'un produit désinfectant après leur utilisation par une personne résidente. Le directeur des soins a confirmé que les surfaces de contact n'étaient pas systématiquement nettoyées à l'aide de lingettes désinfectantes, mais, à son avis, les personnes résidentes ne faisaient rien de différent des autres dans une salle de bain commune. Le directeur des soins a affirmé qu'il lui incombait, ainsi qu'à la personne responsable de la PCI, de veiller à l'application de pratiques sécuritaires lorsque l'on s'occupe de personnes résidentes dans une salle de bain commune où des précautions doivent être prises concernant les médicaments dangereux.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Une PSSP a confirmé que les PSSP devaient nettoyer le siège de la toilette d'une salle de bain commune avant et après son utilisation par l'une des personnes résidentes de la chambre, mais que cela n'était pas toujours fait. Une autre PSSP a expliqué qu'une affiche qui indiquait qu'il fallait nettoyer les toilettes avant et après utilisation avait été apposée sur le mur de l'une des salles de bain communes au quatrième étage. Elle n'a cependant vu aucune autre affiche dans les autres salles de bain communes où des précautions doivent être prises concernant les médicaments dangereux. La PSSP a également affirmé que, dans les salles de bain communes où des précautions doivent être prises concernant les déchets cytotoxiques, les toilettes n'étaient pas nettoyées après chaque utilisation par une personne résidente.

Sources : examen des politiques du foyer et de CareRx, examen des dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, observations, entretiens avec le personnel.

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

29 novembre 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Entretien ménager

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

Non-respect : du paragraphe 93 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (4) Le titulaire de permis veille à ce qu'un approvisionnement suffisant d'équipement d'entretien ménager et de fournitures de nettoyage soit aisément accessible à tout le personnel au foyer.

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 93 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) veiller à ce qu'un approvisionnement suffisant de fournitures de nettoyage soit aisément accessible à tout le personnel au foyer pour le nettoyage des surfaces de contact après l'utilisation par une personne résidente d'une salle de bain commune où des précautions doivent être prises concernant les médicaments dangereux (agents cytotoxiques); effectuer au moins une vérification par semaine dans chacune des quatre aires de soins aux personnes résidentes jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté; conserver un registre des vérifications au foyer jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un approvisionnement suffisant de fournitures de nettoyage soit aisément accessible à tout le personnel au foyer pour le nettoyage des surfaces de contact après l'utilisation par 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

d'une salle de bain commune où des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux.

Justification et résumé

L'observation de l'utilisation de plusieurs salles de bain communes a révélé l'absence de lingettes désinfectantes de la marque Diversey Oxivir Tb ou de la marque Accel INTERvention, qui sont nécessaires au nettoyage des surfaces de contact après l'utilisation par une personne résidente d'une salle de bain commune où des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux (agents cytotoxiques). Il y avait des lingettes de la marque PDI Sani-Hands, mais celles-ci n'étaient utilisées que pour l'hygiène des mains des personnes résidentes. Une affiche qui indiquait de désinfecter le siège des toilettes avant et après chaque utilisation a été apposée au-dessus de la toilette dans une salle de bain commune au quatrième étage. Au total, des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux dans quatre salles de bain communes et des fournitures de nettoyage étaient facilement accessibles dans seulement 75 % d'entre elles.

La personne responsable de la PCI a affirmé que des lingettes désinfectantes de la marque Accel INTERvention ou de la marque Diversey Oxivir Tb devaient être utilisées pour désinfecter le siège des toilettes avant et après chaque utilisation, par l'une des deux personnes résidentes, d'une salle de bain commune où des précautions devaient être prises concernant les médicaments dangereux. Elle a confirmé que les PSSP n'avaient pas facilement accès à ces lingettes. Aucune marche à suivre, aucune politique et aucun processus écrit relativement à l'entretien ménager n'indiquait le produit à utiliser ou ne demandait au personnel de nettoyer et de désinfecter les surfaces de contact et les toilettes des personnes résidentes qui prenaient un agent cytotoxique et qui partageaient une salle de bain. La personne responsable de la PCI a affirmé que la pratique en vigueur était que

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

les PSSP nettoient les toilettes à l'aide d'un produit désinfectant après leur utilisation par une personne résidente.

Une PSSP a confirmé que les PSSP devaient nettoyer le siège de la toilette avant et après chaque utilisation, par l'une des deux personnes résidentes, d'une salle de bain commune. Elle a aussi confirmé que le personnel n'avait pas accès à des lingettes de la marque Accel INTERvention dans la salle de bain ou dans le chariot des EPI pour nettoyer et désinfecter le siège de la toilette après son utilisation par une personne résidente et que les deux personnes résidentes avaient utilisé la salle de bain commune de la chambre. L'exposition des personnes résidentes à des déchets cytotoxiques leur fait courir un risque de mutation et de formation de cellules anormales.

Sources : examen des politiques du foyer et du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx, examen des dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, observations, entretiens avec le personnel.

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

8 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Services d'entretien

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 96 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

c) les installations de chauffage, de ventilation et de climatisation sont nettoyées et en bon état et sont inspectées au moins tous les six mois par un particulier agréé, et une documentation est conservée au sujet de l'inspection;

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 96 (2) c) de la LRSLD (2021)
Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- a) examiner la marche à suivre ou la politique relative aux ventilateurs d'extraction et la revoir au besoin pour s'assurer qu'il existe une directive claire concernant le nettoyage des installations de ventilation, ce qui comprend chacun des ventilateurs d'extraction des chambres des personnes résidentes et des salles de bain et les ventilateurs d'extraction installés au plafond des chambres. La politique doit indiquer la personne responsable de l'inspection de chacun des ventilateurs d'extraction des chambres des personnes résidentes et des salles de bain et des ventilateurs d'extraction installés au plafond des chambres. Elle doit également indiquer la personne responsable de passer l'aspirateur sur leur surface pour enlever la poussière accumulée;
- b) s'assurer qu'un calendrier indique le moment auquel chacune des installations de ventilation des chambres des personnes résidentes et des salles de bain sera inspectée et nettoyée;
- c) veiller à ce que le nettoyage des installations de ventilation soit ajouté au calendrier des tâches d'entretien préventif (*Preventative Maintenance Task Schedule*);
- d) veiller à ce que les installations de ventilation des chambres des personnes résidentes, des salles de bain, des salons communs et des salles à manger soient nettoyées et à ce que la poussière accumulée soit enlevée.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre pour garantir le nettoyage des installations de ventilation.

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte selon laquelle les événements d'aération au plafond des salles de bain étaient recouverts de poussière et de saleté et n'avaient pas été nettoyés au cours des dix dernières années. Le membre du personnel a affirmé que les personnes résidentes ressentaient une température ambiante plus élevée et qu'il avait été décidé de nettoyer les événements d'aération au plafond des salles de bain pour améliorer la circulation de l'air. La partie plaignante a indiqué qu'une personne résidente avait exprimé son inquiétude concernant la circulation de l'air et la température ambiante dans sa chambre.

La direction de la gestion des installations a expliqué que les événements d'aération au plafond des salles de bain ont été enlevés et nettoyés pendant l'été afin d'améliorer la circulation de l'air. Elle a ajouté que les grilles de ces événements ont été enlevées, nettoyées et remplacées pour la première fois en dix ans par le stagiaire d'été responsable des installations. L'événement d'aération au plafond de la salle de bain de la personne résidente a été enlevé par la direction de la gestion des installations. Il y avait une accumulation de poussière grise le long de chacune des voies de ventilation et à la prise d'air de l'événement au plafond. De plus, il y avait des amas de poussière sur les bords de la cheminée d'aération en métal. La grille de l'événement a été nettoyée et dépoussiérée. Une autre personne résidente a adressé la même plainte à l'inspecteur ou à l'inspectrice concernant l'événement d'aération au plafond de sa salle de bain. La personne résidente a également attiré l'attention sur les événements d'aération au plafond de la salle à manger qui étaient recouverts d'une épaisse poussière brune. La direction de la gestion des installations a confirmé que ceux-ci

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

n'étaient pas nettoyés, qu'il n'incombait pas au personnel d'entretien ménager de nettoyer les événements d'aération au plafond des salons et des salles à manger et qu'aucune marche à suivre n'avait été élaborée et mise en œuvre quant au nettoyage des grilles des événements d'aération au plafond. Après l'inspection, la politique FSM-C-140 sur l'entretien des ventilateurs d'extraction à l'intérieur (*Maintenance Exhaust Fans – Interior*) a été envoyée par courriel à l'inspecteur ou à l'inspectrice.

L'observation des grilles au plafond des salles à manger et des salons a permis de constater qu'une accumulation épaisse de poussière brune recouvrait les trous des grilles et bloquait la circulation de l'air aux premier, deuxième et troisième étages du foyer. Les événements d'aération de la salle à manger et du salon au quatrième étage étaient propres et ne présentaient aucune accumulation de poussière. Cependant, un couvercle de plastique noir se trouvait à l'intérieur des grilles de chacun de ces événements, ce qui bloquait la circulation de l'air. La direction de la gestion des installations, le directeur des soins et la direction adjointe des soins se trouvaient sur place, mais aucun d'eux ne connaissait la raison pour laquelle il y avait un couvercle de plastique à cet endroit. Après l'inspection, la direction de la gestion des installations a envoyé un courriel à l'inspecteur ou à l'inspectrice. Ce courriel indiquait que la membrane de plastique (couvercle) était à cet endroit pour empêcher que de la poussière entre dans l'installation de ventilation pendant les travaux de construction en 2014 et qu'elle a été enlevée le 2 octobre 2024 par les architectes de l'immeuble.

La politique FSM-C-140 sur l'entretien des ventilateurs d'extraction à l'intérieur indiquait que la direction de la gestion des installations ou la personne désignée devait inspecter chaque ventilateur d'extraction des chambres des personnes résidentes et des salles de bain et chaque ventilateur d'extraction installé au

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de London**130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

plafond des chambres, ainsi que passer l'aspirateur sur leur surface annuellement pour enlever la poussière accumulée. La marche à suivre pour le nettoyage des ventilateurs d'extraction, qui visait à s'assurer que les installations de ventilation étaient nettoyées, n'a pas été mise en œuvre annuellement. La direction de la gestion des installations a confirmé que l'on n'avait pas passé l'aspirateur sur les événements. Le calendrier des tâches d'entretien préventif FSM-C-10-05 ne prévoyait aucun nettoyage annuel des ventilateurs d'extraction.

Plusieurs personnes résidentes se sont plaintes que la circulation de l'air dans leur chambre était moins efficace en raison d'une accumulation de poussière dans les événements d'aération au plafond de la salle de bain et que cela a entraîné une température ambiante plus élevée en mai et juin 2024. Les personnes résidentes couraient le risque de connaître une irritation des yeux et des problèmes touchant le nez. De la poussière provenant de l'accumulation de poussière dans la prise d'air de l'événement d'aération au plafond de la salle de bain tombait sur une personne résidente lorsqu'elle utilisait la salle de bain. Cela a été attribué à l'absence de mise en œuvre d'une marche à suivre quant au nettoyage des ventilateurs d'extraction. L'état des systèmes de filtres absolus dans les chambres des personnes résidentes était inquiétant et nécessitait un remplacement des filtres. Ces systèmes n'ont pas été interrompus avant le remplacement des filtres par de nouveaux filtres propres.

Sources : examen de la demande découlant d'une plainte, examen de la politique sur l'entretien des ventilateurs d'extraction à l'intérieur (*Maintenance Exhaust Fans – Interior*), observations, entretiens avec des personnes résidentes et le personnel.

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

29 novembre 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 – Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) s'assurer qu'une étiquette « Cytotoxique » soit apposée sur toutes les boîtes et tous les tubes de crème cytotoxique reçus de la pharmacie;

b) veiller à ce que chaque aire de soins aux personnes résidentes dispose d'une trousse de nettoyage des liquides déversés, conformément à la politique du foyer;

c) s'assurer que le registre électronique d'administration des médicaments (RAMe) et le programme de soins des personnes résidentes concernées et de toutes les autres personnes résidentes auxquelles sont actuellement prescrits des agents cytotoxiques, dont les crèmes cytotoxiques, comprennent des directives précises concernant l'utilisation et la gestion des agents cytotoxiques ainsi que la manipulation des déchets cytotoxiques;

d) veiller à ce que tous les membres du personnel d'entretien ménager portent l'EPI approprié lorsqu'ils nettoient et désinfectent les salles de bain des personnes

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

résidentes qui nécessitent des précautions relativement aux agents cytotoxiques; effectuer au moins une vérification par semaine dans chacune des quatre aires de soins aux personnes résidentes jusqu'à ce que cet ordre de conformité soit respecté; conserver un registre des vérifications au foyer jusqu'à ce que cet ordre de conformité soit respecté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux (*CareRx Cytotoxic and Hazardous Medication Handling – 6.5*).

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle des déchets cytotoxiques étaient jetés dans les ordures ménagères a été adressée au ministère des Soins de longue durée.

A) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux indiquait que la pharmacie était responsable de l'étiquetage des agents cytotoxiques, qui vise à avertir le personnel qu'il doit respecter des marches à suivre particulières pour réduire autant que possible l'exposition à ces médicaments. Les agents cytotoxiques devaient porter l'étiquette « CYTOTOXIQUE » pour indiquer qu'ils devaient faire l'objet d'une manipulation particulière et qu'ils devaient faire l'objet d'une élimination séparée.

Le chariot de médicaments contenait de la crème de marque Premarin dans un tube et une boîte sans étiquette « CYTOTOXIQUE ».

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Le pharmacien responsable chez CareRx a indiqué par courriel que la crème Premarin était considérée comme cytotoxique et qu'une étiquette « Cytotoxique » devait être apposée sur le tube et sur l'extérieur de la boîte.

Le RAME d'une personne résidente mentionnait qu'il s'agissait d'un médicament dangereux, qu'il était nécessaire de porter deux paires de gants en nitrile et qu'il fallait l'éliminer comme un déchet biologique dangereux. Une autre personne résidente s'est vu prescrire un agent cytotoxique, mais son RAME ne contenait pas d'alerte écrite concernant le caractère cytotoxique ou dangereux du médicament. Le personnel n'a pas été averti de la nécessité de respecter des marches à suivre particulières pour réduire autant que possible l'exposition au médicament. Aucune étiquette « CYTOTOXIQUE » sur l'emballage, aucune directive et aucune note dans le RAME n'indiquait la nécessité d'une manipulation particulière.

B) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux indiquait que l'on disposait de trousse de nettoyage des liquides déversés dans toutes les aires de soins aux personnes résidentes où des agents cytotoxiques, des médicaments dangereux et des médicaments présentant un risque pour la reproduction étaient entreposés ou administrés. Les trousse de nettoyage des liquides déversés contenaient des instructions, une liste de vérification des documents et l'équipement nécessaire au nettoyage.

Lors des observations effectuées dans l'ensemble des aires de soins aux personnes résidentes, il n'y avait aucune trousse de nettoyage et les IAA n'ont pas réussi à en trouver une. Un membre du personnel d'entretien ménager a affirmé n'avoir jamais vu de trousse de nettoyage dans les aires de soins aux 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La personne responsable de la PCI et la direction générale ont affirmé qu'aucune unité ne disposait de trousse de nettoyage des liquides déversés, mais que deux trousse se trouvaient dans l'aire d'entreposage. Elles ont indiqué que le directeur des soins allait commander davantage de trousse.

C) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux indiquait que le programme de soins de la personne résidente comprenait des directives précises concernant l'utilisation et la gestion des agents cytotoxiques et des médicaments dangereux.

La liste des agents cytotoxiques dressée par le foyer indiquait que onze personnes résidentes s'étaient vu administrer un agent cytotoxique par voie orale ou sous-cutanée.

Le directeur des soins a examiné les programmes de soins de deux personnes résidentes auxquelles des agents cytotoxiques avaient été prescrits. Il a confirmé que leurs programmes de soins ne comportaient pas de directives précises concernant l'utilisation et la gestion d'agents cytotoxiques. Il a aussi confirmé que ces programmes de soins auraient dû comporter des directives précises.

D) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux indiquait que le foyer avait la responsabilité de veiller à ce que le personnel respecte les marches à suivre lors de la gestion des déchets cytotoxiques ou dangereux.

La politique IC-E-35 du foyer sur les généralités concernant l'élimination des déchets décrivait les types de déchets, dont les déchets cytotoxiques, mais ne

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

contenait pas de marche à suivre pour leur élimination. La direction générale a confirmé que le foyer ne disposait d'aucune marche à suivre pour l'élimination des déchets cytotoxiques.

i) Une affiche indiquant que l'on devait prendre des précautions relativement aux agents cytotoxiques et une poubelle destinée aux EPI se trouvaient devant la porte à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente. On a observé qu'une personne résidente était dans sa salle de bain et que le capteur sur son lit avait déclenché une alarme au moyen du système de communication par sonnette d'appel. La personne résidente souffrait d'incontinence fécale et des excréments ont été observés sur le sol de la salle de bain.

L'inspecteur ou l'inspectrice a alerté une PSSP, puis l'a vue marcher dans le couloir vers la chambre de la personne résidente avec une paire de gants bleus dans les mains. La PSSP a enfilé ces gants avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente. Elle n'a pas mis une deuxième paire de gants et n'a pas enfilé de masque, de blouse de protection ou d'écran facial. On a observé que la PSSP entraînait et sortait de la salle de bain de la personne résidente, touchait le côté du lit de cette dernière, rassemblait des fournitures et touchait la poignée de la porte de la salle de bain avec ses gants usagés. Elle est sortie de la chambre de la personne résidente en tenant sans gants un sac de plastique transparent rempli de déchets. La PSSP a jeté ce sac de déchets avec les ordures ménagères dans l'aire de rangement et d'unité souillée. Elle a affirmé qu'elle aurait dû enfiler les EPI appropriés en raison des précautions qui devaient être prises concernant les médicaments dangereux et mettre le sac transparent dans le sac rouge destiné à l'élimination des déchets cytotoxiques qui se trouvait devant la porte de 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

La personne responsable de la PCI a affirmé que la PSSP aurait dû enfiler deux paires de gants en nitrile, une blouse de protection et un écran facial provenant du bac des EPI, que les déchets auraient dû être jetés dans le sac rouge destiné à l'élimination des déchets cytotoxiques dans la chambre de la personne résidente et qu'elle aurait dû aviser l'infirmière pour que cette dernière informe le personnel d'entretien ménager de procéder au nettoyage et à la désinfection de la salle de bain de la personne résidente.

ii) Le foyer a relevé qu'une crème considérée comme cytotoxique avait été prescrite à cinq personnes résidentes.

Le pharmacien responsable chez CareRx a indiqué par courriel que la crème était considérée comme cytotoxique.

La personne responsable de la PCI a affirmé qu'aucune directive n'avait été donnée aux PSSP pour qu'elles portent des gants en nitrile lorsqu'elles donnaient des soins périnéaux ou des soins liés à l'incontinence aux personnes résidentes pour qui l'application de la crème se faisait par voie vaginale. Elle a ajouté qu'aucune précaution relativement aux médicaments dangereux (agents cytotoxiques) n'avait été affichée pour avertir les PSSP qu'elles devaient porter des gants en nitrile pour donner ces soins et qu'aucune pratique n'était en vigueur au foyer pour que les PSSP se protègent de l'exposition à une crème cytotoxique pendant la prestation de soins périnéaux. La personne responsable de la PCI a affirmé que les PSSP devaient porter des gants en nitrile.

E) La politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux indiquait que les membres du personnel devaient porter, lors d'une procédure de nettoyage ou 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

désinfection, deux paires de gants en nitrile, une blouse de protection, un dispositif de protection oculaire et un écran facial lorsqu'il y avait un risque d'éclaboussures.

Un membre du personnel d'entretien ménager a affirmé qu'il avait enfilé une paire de gants en nitrile pour nettoyer les salles de bain des personnes résidentes. Un autre membre du personnel d'entretien ménager a affirmé qu'il avait enfilé une paire de gants en nitrile et un masque. Ces deux membres du personnel d'entretien ménager ont mentionné qu'ils ne portaient pas de blouse de protection ni d'écran facial.

La personne responsable de la PCI a confirmé que les membres du personnel d'entretien ménager étaient tenus d'enfiler des gants en nitrile, une blouse de protection et un écran facial lorsqu'ils nettoyaient les salles de bain des personnes résidentes pour lesquelles des précautions relativement aux agents cytotoxiques étaient nécessaires.

Sources : examen de la demande découlant d'une plainte, politique du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx sur la manipulation d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux (*Cytotoxic and Hazardous Medication Handling – 6.5*), programmes de soins de personnes résidentes, observations, échange de courriels avec des pharmaciens responsables chez CareRx et entretiens avec une PSSP, des membres du personnel d'entretien ménager, la personne responsable de la PCI et la direction générale.

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

29 novembre 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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Directeur

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

Si la signification se fait :

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

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

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