

Rapport public modifié Page couverture (A1)

| | |
|---|---|
| Date d'émission du rapport modifié : 18 avril 2024 | |
| Date d'émission du rapport initial : 3 avril 2024 | |
| Numéro d'inspection : 2024-1336-0001 (A1) | |
| Type d'inspection : Plainte Incident critique | |
| Titulaire de permis : Extencicare (Canada) inc. | |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Extencicare Cobourg, Cobourg | |
| Modifié par Rodolfo Ramon (704757) | Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport |

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

- Prolongation des dates d'échéance des ordres de conformité pour les ordres de conformité (OC) n° 001 et n° 003
- Retirer le directeur des soins infirmiers (DSI) comme membre du personnel qui n'a pas signalé l'incident pour indiquer que c'est le foyer de SLD qui n'a pas signalé l'incident.
- Corriger une erreur de système de la date d'échéance pour les OC n° 004 et n° 005

Rapport public modifié (A1)

| | |
|--|---|
| Date d'émission du rapport modifié : 18 avril 2024 | |
| Date d'émission du rapport initial : 3 avril 2024 | |
| Numéro d'inspection : 2024-1336-0001 (A1) | |
| Type d'inspection : Plainte Incident critique | |
| Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc. | |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Cobourg, Cobourg | |
| Inspectrice principale / Inspecteur principal Rodolfo Ramon (704757) | Autres inspectrices ou inspecteurs Tiffany Forde (741746) |
| Modifié par Rodolfo Ramon (704757) | Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport |

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

- Prolongation des dates d'échéance des ordres de conformité pour les ordres de conformité (OC) n° 001 et n° 003
- Supprimer le directeur des soins infirmiers (DSI) comme membre du personnel qui n'a pas signalé l'incident pour indiquer que c'est le foyer de SLD qui n'a pas signalé l'incident.
- Corriger une erreur de système de la date d'échéance pour les OC n° 004 et n° 005

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 28 et 29 février 2024 et les 1^{er}, 4 et 7 mars 2024

Les dossiers suivants ont été inspectés :

- Un concernait les pratiques de prévention et de contrôle des infections

- Un dossier représentait une plainte concernant les pratiques de prévention et de contrôle des infections
- Un dossier était lié à une chute avec blessure
- Un dossier était lié à l'apparition d'une maladie
- Un dossier concernait des abus sexuels entre personnes résidentes
- Un dossier concernait des abus sexuels entre personnes résidentes
- Un dossier concernait des abus entre personnes résidentes
- Un dossier représentait une plainte concernant les pratiques de prévention et de contrôle des infections
- Un dossier était lié à l'évacuation non planifiée des personnes résidentes

Les dossiers suivants ont été complétés :

- Trois dossiers étaient liés à une chute avec blessure

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

Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Formation

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

Non-respect du : paragraphe 82 (4) de la LRSLD, 2021

Formation

par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) reçoive une formation annuelle sur la politique du foyer relative à la charte des droits des personnes résidentes, afin de promouvoir une tolérance zéro à l'égard

des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes, ainsi que la prévention et la sécurité en matière d'incendie.

Conformément aux al. 82 (2) 1, 3 et 7 de la LRSLD, le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel reçoive une formation sur la charte des droits des personnes résidentes, afin de promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes, ainsi que la prévention et la sécurité en matière d'incendies, et plus précisément, conformément au par. 260 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22, la formation doit être suivie à intervalles annuels.

Justification et résumé

Lors d'une vérification des notes d'enquête du foyer, le rapport sur l'historique de la formation de l'IAA a été examiné. Il indique que l'IAA n'a pas suivi la formation annuelle sur Extencicare, plus précisément pour la date d'échéance de la charte des droits des personnes résidentes d'Extencicare : 28 février 2024; Promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes : 28 février 2024 et date limite pour la prévention et la sécurité en matière d'incendies : 31 janvier 2024

Le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé lors de l'entretien que l'infirmière auxiliaire autorisée n'avait pas suivi la formation annuelle requise.

L'absence de formation annuelle du personnel de soins directs a eu pour conséquence que le personnel n'a pas été informé des nouvelles exigences et des mises à jour, ce qui a mis les personnes résidentes en danger de recevoir des soins et des services inadéquats.

Sources : Les dossiers de formation du foyer et une entrevue avec le DSI.

[741746]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

para. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du

personnel.

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

1) Former à nouveau l'ensemble du personnel infirmier, d'entretien, de nettoyage et de diététique du foyer Birch sur le signalement obligatoire des abus, en particulier sur l'« arbre de décision » du foyer en matière d'abus sexuels, en y intégrant la définition de l'abus sexuel.

2) Tenir un registre des formations fournies, y compris, mais sans s'y limiter, les dates et heures de formation, les participants, le formateur et le matériel enseigné.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les abus sexuels commis par un co-résident.

En vertu de la LRSLD (2021), l'article 3 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit l'abus sexuel comme tout attouchement, comportement ou remarque de nature sexuelle, consensuels ou non, ou toute exploitation sexuelle, dirigé vers une personne résidente par qui que ce soit.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique concernant deux incidents distincts d'abus sexuels présumés sur une personne résidente.

Selon le rapport d'incident critique, une personne résidente a touché une autre personne résidente de manière sexuelle à deux reprises au cours de la même journée. Un membre du personnel qui a assisté au premier incident a confirmé que l'interaction semblait non désirée par la victime.

Lors d'un entretien avec le DSI, il a été confirmé que des abus sexuels avaient été commis et que l'agresseur avait été placé sous surveillance constante. Le DSI a également confirmé que la police avait été prévenue.

En ne veillant pas à ce que la victime soit protégée contre les abus sexuels, ils sont devenus les destinataires de ces abus.

Sources : Rapport d'incident critique et entrevue avec le DSI

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mai 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 002 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 003 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de 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 :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Vérifier les définitions des abus sexuels avec l'infirmière autorisée (IA) n° 105, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 103, la personne préposée aux services de soutien personnel (PSPP) n° 101 et le membre du personnel n° 100.
2. Revoir avec l'IA n° 105 et l'IAA n° 103 la politique du foyer en matière de mauvais traitement en ce qui concerne leur rôle dans le signalement des incidents de mauvais traitement au sein du foyer. Conserver une trace écrite des formations dispensées.
3. Réaliser des vérifications sur les incidents de mauvais traitement signalés pendant une période d'un mois, afin de s'assurer que la politique en matière de mauvais traitement du titulaire de permis est respectée. Conserver un rapport de la date et de l'heure de la vérification, des résultats de la vérification et des mesures prises.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur deux incidents présumés d'abus sexuels entre personnes résidentes, ni les renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Aux fins de la définition des « abus sexuels » dans le paragraphe, tout attouchement, comportement ou remarque de nature sexuelle non consensuelle ou toute exploitation sexuelle à l'égard d'une personne résidente par une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel;

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique concernant deux incidents distincts d'abus sexuels présumés sur une personne résidente.

Selon le rapport d'incident critique, une personne résidente a touché une autre personne résidente de manière sexuelle à deux reprises au cours de la même journée. L'agresseur a été identifié comme l'auteur de plusieurs incidents d'attouchements sexuels sur d'autres personnes résidentes au cours d'une période de trois jours suivant l'incident signalé.

Le membre du personnel n° 100 qui a été témoin du premier incident a indiqué lors d'une entrevue qu'au lieu d'intervenir, il avait appelé l'infirmière auxiliaire autorisée pour obtenir de l'aide. Les deux personnes résidentes ont été séparées par l'infirmière auxiliaire autorisée avec l'aide du membre du personnel n° 100. L'infirmière auxiliaire autorisée a séparé à nouveau les personnes résidentes lors du second incident et a éloigné la victime de la zone.

Le DSI a indiqué que l'infirmière auxiliaire autorisée et l'infirmière autorisée n'ont signalé l'incident d'abus sexuel présumé qu'un jour plus tard. Le DSI a indiqué que l'abus sexuel présumé d'une personne résidente aurait dû être immédiatement signalé par le personnel autorisé.

Au cours d'un entretien, l'IAA a indiquée qu'elle n'avait pas signalé l'abus sexuel présumé parce qu'elle ne savait pas quoi faire. L'infirmière autorisée a indiqué lors d'une entrevue que les renseignements fournis par l'IAA n'étaient pas clairs et qu'elle ne comprenait pas la gravité de l'incident.

Un jour plus tard, un troisième incident s'est produit, au cours duquel la personne résidente a été vue en train de toucher une autre personne résidente de manière sexuelle. Une PSPP a été témoin de l'incident et a reconnu lors d'une entrevue que cette interaction n'était pas souhaitée par la victime. Cet incident n'a pas fait l'objet d'un rapport d'incident critique distinct et a été soumis tardivement.

Le DSI a confirmé lors de l'entrevue que le personnel de gestion ne savait pas comment signaler l'incident.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les abus sexuels présumés, suspectés ou constatés a augmenté le risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Rapport d'incident critique, entrevue avec le DSI, le membre du personnel n° 100 et le PSSP.

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Comportements et altercations

Problème de conformité n° 004 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 60 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Art. 60 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que (a) des procédures et des interventions soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir des préjudices ou qui subissent des préjudices en raison des comportements d'une autre personne résidente, y compris les comportements réactifs, et pour réduire au minimum le risque de conflits et d'interactions potentiellement préjudiciables entre les personnes résidentes; et

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que le programme de soins des personnes résidentes relatif aux interventions en cas de troubles du comportement, aux stratégies et aux déclencheurs propres aux comportements sexuels soit examiné et mis à jour au moins une fois par semaine. La vérification doit être effectuée par l'équipe de soutien en cas de troubles du comportement du foyer, l'infirmière praticienne ou le médecin, une infirmière autorisée, un PSSP et un membre du personnel soignant compatissant.
2. Communiquer au personnel de soins directs, au début de chaque période de travail, toute modification apportée au programme de soins de la personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidente en ce qui concerne les stratégies et les interventions comportementales. Enregistrer un rapport de la communication, y compris la date et les membres du personnel qui ont été informés de l'incident. Tenir les rapports à la disposition de l'inspecteur, à sa demande.

3. Former à nouveau tout le personnel autorisé sur le « processus de référence du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement » des foyers Birch. Indiquer les noms, les dates et le nom de l'instructeur. Tenir les rapports à la disposition de l'inspecteur, à sa demande.

4. Effectuer des évaluations de l'entrevue individuelle de la personne résidente trois fois par semaine pendant un mois pour vérifier l'exactitude et l'exhaustivité de la documentation. Les évaluations sont menés par le gestionnaire du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ou un membre de l'équipe de direction. Le gestionnaire du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement tient un registre documenté de la date et de l'heure de la vérification, des membres du personnel vérifié, des résultats de la vérification et de toute mesure corrective prise.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures et des interventions soient mises en œuvre pour aider les personnes résidentes du foyer Birch et pour réduire au minimum le risque de confrontations et de conflits nuisibles entre les personnes résidentes.

Justification et résumé

La personne résidente n° 001 a été admise au centre de soins de longue durée en décembre 2023. Conformément au programme de soins de la personne résidente, cette dernière a manifestée des comportements sexuels inappropriés. La vérification des documents d'admission indique que la personne résidente a fait preuve d'agressivité physique et de comportements sexuels en public.

Depuis son admission au foyer, la personne résidente a manifestée à plusieurs reprises des comportements sexuellement inappropriés à l'égard des membres du personnel pendant sept jours, sans qu'aucune intervention n'ait été mise en place. Le gestionnaire du programme BSO a confirmé au cours de l'entrevue qu'il n'avait reçu aucune référence formelle et qu'il s'était contenté du bouche-à-oreille.

À la suite d'un incident d'abus sexuel avec la personne résidente n° 002, une intervention par un médecin a été ordonnée pour l'empêcher d'abuser

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

sexuellement d'autres personnes résidentes. Après la mise en place de cette intervention, les rapports indiquent qu'aucune intervention n'a été mise en œuvre, ce qui a conduit la personne résidente à abuser sexuellement les personnes résidentes n° 003 et n° 004.

Une vérification du programme de soins des personnes résidentes n° 002, n° 003 et n° 004 a révélé qu'aucune modification n'avait été apportée à leurs programmes de soins en ce qui concerne la sécurité des personnes résidentes, même si le foyer savait que les stratégies en place n'étaient pas efficaces.

Le DSI a déclaré lors de l'entrevue que le foyer devrait mettre en œuvre d'interventions actualisées.

La gestion inefficace du comportement de la personne résidente n° 001 a entraîné un risque accru de récurrence d'incidents de violence physique à l'égard des autres personnes résidentes du foyer Birch.

Sources : Rapport d'incidents critiques : 2851-000027-23, 2851-000001-24, programmes de soins pour les personnes résidentes n° 001, n° 002, n° 003 et n° 004, entrevue avec le DSI, dossier d'enquête sur le foyer de SDL, dossier d'admission pour le résident n° 001.

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mai 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 ENTRETIEN MÉNAGER

Problème de conformité n° 005 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Entretien ménager

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

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

(iii) les surfaces de contact;

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

conformité [alinéa 155 (1) (a) de la LRSLD (2021)] :

1. Le gestionnaire des services environnementaux formera à nouveau le membre du personnel d'entretien ménager n° 107 à la désinfection des surfaces et au temps de contact avec le désinfectant. Documenter la formation dispensée, la date de la formation et le nom de la personne responsable de la formation. Mettre ces renseignements à la disposition des inspecteurs, sur demande.

2. Réaliser une vérification hebdomadaire inopiné de désinfection des surfaces du membre du personnel d'entretien ménager n° 107, pendant un mois. Les vérifications sont menées par le gestionnaire des services environnementaux ou un membre de l'équipe de direction. Le gestionnaire des services environnementaux tient un registre documenté de la date et de l'heure de la vérification, des membres du personnel vérifiés, des résultats de la vérification et de toute mesure corrective prise.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les surfaces de contact soient désinfectées conformément aux spécifications du fabricant.

Justification et résumé

En février, le foyer de SLD a connu une épidémie respiratoire dans la zone du foyer d'une personne résidente.

Lors de l'observation des pratiques de nettoyage et de désinfection du foyer, un membre du personnel d'entretien ménager a été observée en train d'essuyer les surfaces de contact dans plusieurs chambres de personnes résidentes. L'inspecteur a remarqué qu'après que le membre du personnel d'entretien ménager ait nettoyé les surfaces de contact, ces dernières ne sont pas restées humides. Selon le membre du personnel d'entretien ménager, le désinfectant utilisé était la solution sporicide Accel Rescue.

Les directives du fabricant du désinfectant indiquaient que l'utilisateur devait appliquer le produit chimique sur les surfaces à l'aide d'un chiffon ou d'une lingette jetable, et s'assurer que la surface restait humide pendant 10 minutes à 20 degrés Celsius. Le membre du personnel d'entretien ménager a informé l'inspecteur que sa pratique habituelle consistait à appliquer le désinfectant sur un chiffon et à nettoyer la surface, mais qu'il ne s'assurait généralement pas que la surface restait humide pendant 10 minutes.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le membre du personnel d'entretien ménager devait s'assurer que la surface de contact restait humide pendant la durée spécifiée dans les directives du fabricant.

Le fait de ne pas avoir nettoyé et désinfecté les surfaces à fort contact dans une zone du foyer touchée par une épidémie a exposé les personnes résidentes au risque de contracter des maladies infectieuses.

Sources : Observations, directives du fabricant de la solution sporadique Accel Rescue, entrevue avec le membre du personnel d'entretien ménager et le gestionnaire des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2024

[704757]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 006 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections
par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit : (b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2)

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

1. Le responsable du PCI dispensera à l'IAA n° 103 une formation individuelle sur les quatre moments d'hygiène des mains. L'IAA effectuera une démonstration en retour pour vérifier sa compréhension. Documenter la formation dispensée, la date de la formation, le nom de la personne responsable de la formation et toute mesure corrective mise en place. Mettre ces renseignements à la disposition des inspecteurs, sur demande.
2. Réaliser une vérification hebdomadaire inopinée d'hygiène des mains pendant un mois lors de la distribution des médicaments par l'IAA n° 103. Les vérifications sont menées par le responsable du PCI ou un membre de l'équipe de direction. Le responsable du PCI tient un registre documenté de la date et de l'heure de 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 du Centre-Est

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

vérification, des membres du personnel vérifiés, des résultats de la vérification et de toute mesure prise.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou les protocoles établis par le directeur concernant le PCI soient mis en œuvre; en particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel procèdent à une hygiène des mains adéquate aux moments requis.

Justification et résumé

Selon le paragraphe 9.1 b) de la norme du PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis devait s'assurer que les pratiques de routine étaient suivies dans le cadre du PCI et qu'elles comprenaient au moins l'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, aux quatre moments d'hygiène des mains (avant le contact initial avec la personne résidente ou son environnement; avant toute procédure aseptique; après le risque d'exposition à un liquide corporel et après le contact avec la personne résidente ou son environnement).

En février 2024, le foyer de SLD a connu une épidémie respiratoire dans la zone du foyer d'une personne résidente.

Lors des observations de la zone du foyer touchée par l'épidémie, une IAA a été vue en train de préparer les médicaments, d'entrer dans les chambres des personnes résidentes et d'interagir avec eux. L'IAA a été vue en train de toucher des poignées de porte et des trousseaux de clés avant et après avoir été en contact avec les personnes résidentes, sans se laver les mains. L'IAA a reconnu que l'hygiène des mains aurait dû être effectuée.

La politique du foyer en matière d'hygiène des mains indique qu'elle doit être effectuée avant et après tout contact avec une personne résidente. Le responsable du PCI a également confirmé que l'hygiène des mains était obligatoire lors de toute distribution de médicaments. Le fait que l'IAA n'ait pas procédé à l'hygiène des mains dans une zone du foyer touchée par une épidémie a accru les risques pour les personnes résidentes, car l'IAA n'a pas respecté les pratiques habituelles en ne procédant pas à l'hygiène des mains comme prescrit.

Sources : Observations de la distribution des médicaments, politique d'hygiène des mains n° IC-02-01-08 Dernière mise à jour janvier 2024, entrevues avec l'IAA et le responsable du PCI.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

[704757]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2024

Un avis de sanction administrative pécuniaire est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (Apa)

Le titulaire de permis n'a pas respecté la LRSLD, 2021

Avis de pénalité administrative APA n° 001**Lié à l'ordre de conformité n° 005**

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

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la Loi et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés par courrier après la livraison de cet avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer une pénalité administrative à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d., soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes pour payer la pénalité administrative.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

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

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

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

District du Centre-Est

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

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.