

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 9 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1086-0003

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Chartwell Master Care LP

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Chartwell Gibson Long Term Care  
Residence, North York

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 31 juillet et du 1<sup>er</sup> au 2 août 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00118030/Incident critique (IC) relatif à l'éclosion d'une maladie infectieuse et;
- Le dossier : n° 00119477/IC relatif à une urgence environnementale.

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

Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES

Problème de conformité n° 01 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

*Rapports : incidents graves*

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

*paragraphe (5) : 1. Une situation d'urgence au sens de l'article 268, notamment un incendie, une évacuation non planifiée ou l'accueil de personnes évacuées.*

Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur ou la directrice d'une situation d'urgence liée à un incendie qui a nécessité une évacuation imprévue des personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique (IC) relatif à une situation d'urgence liée à un incendie qui s'est produite dans une zone du foyer.

Le foyer a prévenu le directeur ou la directrice par l'intermédiaire du numéro de téléphone en dehors des heures de travail du ministère des Soins de longue durée (MSLD), environ huit heures après l'incident.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) qui a supervisé la situation d'urgence a reconnu que le directeur ou la directrice n'avait pas été immédiatement prévenu.

Le retard dans la signalisation de la situation au directeur ou à la directrice peut avoir eu une incidence sur l'efficacité de la gestion des incidents critiques par le foyer.

**Sources :** examen du rapport du numéro de téléphone en dehors des heures de travail du ministère des Soins de longue durée (MSLD), du rapport de l'IC et entretien avec une IPA.

## **AVIS ÉCRIT : PLANS DE MESURES D'URGENCE**

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

### **Non-respect du : paragraphe 268 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22**

*Plans de mesures d'urgence*

*Par. 268 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le plan de communication visé à la disposition 3 du paragraphe (5) comprenne un processus permettant au titulaire de permis d'assurer une communication fréquente et continue avec les résidents, les*

*mandataires spéciaux, le cas échéant, le personnel, les bénévoles, les étudiants, les fournisseurs de soins, le conseil des résidents et le conseil de la famille, le cas échéant, sur la situation d'urgence au foyer, y compris au début de la situation d'urgence, au moment où se produit un changement important de statut pendant la situation d'urgence et à la fin de cette situation.*

Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer une communication avec les mandataires spéciaux au début de la situation d'urgence liée à un incendie.

### **Justification et résumé**

Les mandataires spéciaux ont été initialement informés de la situation d'urgence environ huit heures après l'incident.

Le ou la IAA qui a supervisé la situation d'urgence et l'administrateur ou l'administratrice ont tous deux reconnu que les mandataires spéciaux n'avaient pas reçu de communication au début de la situation d'urgence.

L'absence de communication s'adressant aux mandataires spéciaux au début de la situation d'urgence les a empêchés de suivre le bien-être des personnes résidentes tout au long de la situation d'urgence.

**Sources :** examen du rapport de l'IC et entretiens avec un ou une iAA et un administrateur ou une administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

*Services d'entretien*

*Par. 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :*

*(b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.*

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des calendriers soient prévus en ce qui concerne l'entretien préventif des portes de sortie de secours.

### Justification et résumé

Le rapport de l'IC de la situation d'urgence liée à un incendie du foyer indique que certaines personnes résidentes ont été évacuées dans une zone du foyer. Au moment de la situation d'urgence, les services de pompiers de Toronto (Toronto Fire Services) ont constaté que la serrure magnétique d'une des portes de sortie de secours d'une cage d'escalier désignée ne s'ouvrait pas comme requis pour permettre une sortie de secours efficace.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) a déclaré qu'un entrepreneur en sécurité-incendie tiers fournissait des inspections régulières des portes extérieures des bâtiments dans le cadre du programme d'entretien préventif du foyer. Le rapport d'inspection de l'entrepreneur en sécurité-incendie réalisé avant la situation d'urgence a révélé que la porte de sortie de secours de la cage d'escalier identifiée n'avait pas été inspectée, alors qu'elle était incluse dans le programme d'entretien périodique du foyer.

Le fait de ne pas inclure toutes les portes de sortie de secours dans le programme d'entretien préventif du foyer a mis les personnes résidentes en danger en cas de situation d'urgence nécessitant l'évacuation du bâtiment.

**Sources :** examen des rapports des services de pompiers de Toronto (Toronto Fire Services) et du rapport de l'entrepreneur en sécurité incendie, et entretien avec le ou la GSE.

## ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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

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

*Programme de prévention et de contrôle des infections*

*Par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :*

*(b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22*

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Veiller à ce que, après la résolution des situations d'éclosions de maladie infectieuse confirmées dans trois zones du foyer identifiées dans les rapports de deux IC, l'équipe de gestion des éclosions du foyer et son équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections (PCI) organisent des séances de bilan afin d'évaluer les pratiques efficaces et inefficaces de PCI relatives à la gestion des éclosions de maladie infectieuse. Un résumé des conclusions doit être rédigé et inclure des recommandations en vue d'améliorer les pratiques de gestion du foyer après la remise de ce rapport.
- 2) Conserver un registre écrit des séances de bilan organisées et du résumé des conclusions, des membres du personnel ayant participé aux séances de bilan, des dates des séances de bilan et du résumé des conclusions.
- 3) Former à nouveau les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) qui travaillent par quart de travail dans deux zones du foyer, à l'élimination appropriée des équipements de protection individuelle (ÉPI) lorsque des soins sont prodigués à des personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires, à la suite de la remise de ce rapport.
- 4) Tenir un registre de la formation dispensée, y compris le personnel qui a dispensé la formation, le personnel qui a reçu la formation et la date ou les dates de la formation.
- 5) Réaliser des vérifications quotidiennes pendant deux semaines dans deux zones du foyer, afin de s'assurer que les PSSP éliminent les ÉPI de manière appropriée lorsque des soins sont prodigués à des personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires, dès la remise du présent rapport.
- 6) Tenir un registre des vérifications effectuées, de la ou des personne(s) vérificatrice(s), de la date et de l'heure des vérifications, des résultats des

vérifications et de toute mesure prise pour donner suite aux conclusions de la vérification.

## **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la norme délivrée par le directeur ou la directrice concernant la prévention et du contrôle des infections.

**(A)** Le foyer n'a pas veillé à s'assurer qu'après la résolution d'une situation d'écllosion de maladie infectieuse, l'équipe de gestion des éclosions du foyer et son équipe interdisciplinaire de la PCI ont évalué les pratiques de PCI dans la gestion de l'écllosion conformément à la « Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023 ». Plus précisément, aucune séance de suivi rendu n'a été organisée après la résolution d'une situation d'écllosion de maladie infectieuse pour évaluer les pratiques de PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la gestion de l'écllosion, comme le requiert l'exigence supplémentaire 4.3 de la Norme de PCI.

## **Justification et résumé**

Lors de la résolution d'une précédente situation d'écllosion de maladies respiratoires aiguës (MRA), le ou la responsable de la PCI a reconnu qu'il n'y avait pas eu de séance de bilan avec l'équipe de gestion des éclosions du foyer et l'équipe interdisciplinaire de la PCI.

Le fait de ne pas avoir organisé de séance de bilan après la résolution de la situation d'écllosion de MRA peut avoir affecté l'efficacité des pratiques de gestion de l'écllosion du foyer.

**Sources** : examen du rapport de l'IC et entretiens avec un ou une responsable de la PCI.

**(B)** Le foyer n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient prises conformément à la « Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023 ». Plus précisément, le personnel n'a pas éliminé l'ÉPI de manière adéquate, comme le requiert l'exigence supplémentaire 9.1 (f) relative à L'ÉPI de la norme de PCI.

## Justification et résumé

Au moment de l'inspection, trois zones du foyer ont été touchées par deux types d'éclosions de maladie infectieuse différentes.

Des affiches de précautions supplémentaires ont été apposées sur les portes d'entrée de quatre chambres de personnes résidentes. Les poubelles n'étaient pas physiquement éloignées des chariots d'isolement propres qui contenaient de l'ÉPI à l'usage du personnel. Les poubelles touchaient les côtés des chariots d'isolement. Des blouses d'isolement usagées ont été jetées de sorte que des parties de la blouse touchaient les chariots d'isolement propres. La liste des éclosions du foyer indique que deux personnes résidentes de ces chambres étaient des cas confirmés de maladie infectieuse dans les foyers.

Le centre externe de services de PCI avait précédemment effectué une vérification de la PCI et avait relevé le même problème. Le centre externe a recommandé que les poubelles soient physiquement éloignées des chariots d'isolement propres.

Le ou la responsable de la PCI et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont tous deux reconnu que les blouses d'isolement usagées n'étaient pas éliminées de manière appropriée et qu'il existait un risque de transmission des maladies infectieuses.

Le fait de ne pas éliminer les ÉPI de manière adéquate a exposé les autres personnes résidentes et le personnel à un risque d'infection.

**Sources :** observations de la PCI dans deux zones du foyer, examen de la liste des éclosions du foyer, de l'audit de la PCI, de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, et entretiens avec le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI.

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

11 octobre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 PRÉVENTION ET DE  
CONTRÔLE DES INFECTIONS**

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

**Non-respect du : paragraphe 102 (09) du Règl. de l'Ont. 246/22**

*Programme de prévention et de contrôle des infections*

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

*(a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2); et*

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Former à nouveau le personnel autorisé travaillant dans une zone précise du foyer sur le processus de surveillance et d'isolement des personnes résidentes qui présentent des symptômes indiquant la présence d'une infection particulière, à la suite de la remise de ce rapport.
- 2) Tenir un registre de la formation dispensée, y compris le personnel qui a dispensé la formation, le personnel qui a reçu la formation et la date ou les dates de la formation.
- 3) Réaliser des vérifications hebdomadaires pendant trois semaines afin de s'assurer à chaque quart de travail, que les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection particulière soient surveillées et isolées immédiatement, à la suite de la remise de ce rapport.
- 4) Tenir un registre des vérifications effectuées, de la ou des personne(s) vérificatrice(s), de la date et de l'heure des vérifications, des personnes résidentes visées par ces vérifications, des résultats des vérifications et de toute mesure prise pour donner suite aux conclusions de la vérification.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, à chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillés, que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de la maladie infectieuse et que les deux personnes résidentes soient isolées.

### **Justification et résumé**

**(A)** Une personne résidente représentait un cas confirmé d'infection lors d'une éclosion. La personne résidente est devenue symptomatique et n'a été isolée que le lendemain. Ses symptômes d'infection n'ont pas été surveillés au cours de deux quarts de travail consécutifs.

Le ou la responsable de la PCI a indiqué que les personnes résidentes qui présentaient les symptômes d'une infection devraient être immédiatement isolées et surveillées à chaque quart de travail.

Le ou la DSI a reconnu que la personne résidente n'avait pas été immédiatement isolée et qu'elle n'avait pas été surveillée adéquatement dans le but de détecter les symptômes d'infection.

Lorsque la personne résidente n'a pas été immédiatement isolée, un risque de transmission de l'infection aux autres personnes résidentes et au personnel a été encouru.

Le fait que le personnel n'ait pas surveillé les symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail a fait courir à la personne résidente le risque d'un traitement tardif de son infection.

**Sources :** examen des dossiers cliniques d'une personne résidente, liste des éclosions du foyer et entretiens avec le responsable de la PCI et le ou la DSI.

### **Justification et résumé**

**(B)** Une autre personne résidente représentait un cas confirmé d'infection lors d'une éclosion. La personne résidente est devenue symptomatique et n'a été isolée que le lendemain. Ses symptômes d'infection n'ont pas été surveillés au cours d'un quart de travail.

Le ou la responsable de la PCI a indiqué que les personnes résidentes qui

présentaient les symptômes d'une infection devraient être immédiatement isolées et surveillées à chaque quart de travail.

Le ou la DSI a reconnu que la personne résidente n'avait pas été immédiatement isolée et qu'elle n'avait pas été surveillée adéquatement dans le but de détecter les symptômes d'infection.

Il y avait un risque de transmission d'infections aux autres personnes résidentes et au personnel lorsque la personne résidente n'était pas isolée immédiatement. Le fait que le personnel n'ait pas surveillé les symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail a fait courir à la personne résidente le risque d'un traitement tardif de son infection.

**Sources :** examen des dossiers cliniques d'une personne résidente, liste des éclosions du foyer et entretiens avec le responsable de la PCI et le ou la DSI.

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

11 octobre 2024.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur 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 ou la directrice 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 du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

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

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

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

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 ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, 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 ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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

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

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

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

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

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

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](http://www.hsarb.on.ca).