



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection prévu
par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
12 juillet 2016	2016_346133_0027	013727-16, 004595-16	Suivi

Titulaire de permis

CVH (No.4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No.4) LP
766 Hespeler Road, bureau 301, a.s. de Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

MANOIR MAROCHEL
949, CHEMIN MONTREAL, OTTAWA ON K1K 0S6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

JESSICA LAPENSÉE (133)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un suivi.

Cette inspection s'est tenue les 24, 27 et 28 juin 2016.

Cette inspection de suivi concernait deux ordres de conformité auxquels il n'avait toujours pas été satisfait, l'un portant sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, l'autre sur l'obligation d'avoir une infirmière autorisée de service et présente au foyer en tout temps (à l'exclusion du directeur des soins infirmiers et des soins personnels). Les non-respects cités dans ces ordres de conformité ont été corrigés à la suite de l'inspection. Cependant, l'inspection a donné lieu à la délivrance d'un ordre de conformité concernant la sécurité aux portes. Des non-respects concernant l'entretien et la gestion de l'environnement des résidents par temps chaud ont également été constatés à la suite de l'inspection.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, la directrice intérimaire des soins, le responsable de l'entretien, le coordonnateur des évaluations RAI, ainsi que du personnel infirmier autorisé et non autorisé.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :
effectif du personnel;

foyer sûr et sécuritaire.

Aucun non-respect n'a été constaté au cours de cette inspection.

3 AE
0 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

Au moment de l'inspection, les non-respects suivants avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTEUR/ INSPECTRICE
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1)	OC 001	2016_346133_0018	133
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 8 (3)	OC 002	2015_286547_0025	133

NON-RESPECTS

Définitions

AE — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
OC — Ordre de conformité
RD — Renvoi de la question au directeur
OTA — Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :
1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de

sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermées et verrouillées,
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :
 - A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
 - B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, sous-alinéa 9 (1) 1. i, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient gardées fermées et verrouillées.

Le 27 juin 2016 à 10 h 15, l'inspectrice a noté que la porte de sortie de l'unité ouest qui donne sur la terrasse du jardin était retenue en position ouverte au moyen d'un pavé. Sur la porte, un panneau indiquait « cette porte doit être fermée en tout temps (ne pas la retenir en position ouverte) ». Le résident 001 était assis dans son fauteuil Broda, placé de façon à regarder par la porte. Le résident 001 n'est pas mobile de manière autonome. Deux préposés aux services de soutien personnel, les PSSP 101 et 102, travaillaient dans ce secteur, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait directement la porte ouverte. L'inspectrice est sortie sur la terrasse du jardin et a noté que le secteur était entouré d'une clôture mais que celle-ci n'était pas verrouillée. Il y avait un loquet sur la barrière, mais il n'était pas verrouillé. Pour ouvrir la barrière, l'inspectrice a soulevé le mécanisme à loquet. Pendant que l'inspectrice était dehors, une infirmière autorisée, l'IA 103, a demandé au PSSP 102 de fermer la porte.

L'administrateur a confirmé que la porte était une sortie de secours et que la barrière de la clôture ne pouvait donc pas être sécurisée de façon à empêcher de sortir. Le jardin de la terrasse de l'unité ouest n'est donc pas une aire extérieure sécurisée nécessitant que la porte soit gardée fermée et verrouillée comme il est prescrit.

[par. 9 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 9 (1) 1. iii, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Le 27 juin 2016 à 10 h 15, l'inspectrice a noté que la porte de sortie de l'unité ouest qui donne sur la terrasse du jardin était retenue en position ouverte au moyen d'un pavé. Sur la porte, un panneau indiquait « cette porte doit être fermée en tout temps (ne pas la retenir en position ouverte) ». Le résident 001 était assis dans son fauteuil Broda, placé de façon à regarder par la porte. Le résident 001 n'est pas mobile de manière autonome. Deux préposés aux services de soutien personnel, les PSSP 101 et 102, travaillaient dans ce secteur, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait directement la porte ouverte. L'inspectrice est sortie sur la terrasse du jardin et a noté que le secteur était entouré d'une clôture mais que celle-ci n'était pas verrouillée. Il y avait un loquet sur la barrière, mais il n'était pas verrouillé. Pour ouvrir la barrière, l'inspectrice a soulevé le mécanisme à loquet. Pendant que l'inspectrice était dehors, une infirmière autorisée, l'IA 103, a demandé au PSSP 102 de fermer la porte.

L'administrateur a confirmé que la porte était une sortie de secours et que la barrière de la clôture ne pouvait donc pas être sécurisée de façon à empêcher de sortir. Le jardin de la terrasse de l'unité ouest n'est donc pas une aire extérieure sécurisée nécessitant que la porte soit gardée fermée et verrouillée et qu'elle soit dotée d'une alarme sonore comme il est prescrit.

Le 28 juin 2016, l'inspectrice a vérifié si chacune des six portes indiquées du rez-de-chaussée du foyer était dotée d'une alarme comme il est prescrit. Ceci a été fait en tenant chaque porte ouverte pendant cinq minutes pour tenter d'activer une alarme. Avant de terminer ces tests, l'administrateur a indiqué qu'à son avis aucune des portes n'était dotée d'une alarme.

La porte principale n'était pas dotée d'une alarme. Il a été noté que le système Wanderguard était en place à la porte. Ce système sert de mesure de sécurité uniquement aux résidents qui portent un bracelet branché sur le système et ne satisfait pas aux exigences d'une alarme de porte prévue au sous-alinéa 9 (1) 1. iii du Règl. de l'Ont. 79/10.

La porte de l'escalier de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait sur un escalier qui conduisait au sous-sol, aire à laquelle les résidents ont accès.

La porte de sortie du jardin de la terrasse de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. La barrière de la clôture du jardin s'ouvrait sur un secteur boisé derrière le foyer.

La porte de sortie de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait directement sur un vestibule dans lequel il y avait une porte non verrouillée donnant sur l'extérieur et une porte non verrouillée

donnant sur un salon de coiffure pour hommes et une clinique de massothérapie. Ce secteur commercial du complexe immobilier est considéré comme l'extérieur du foyer aux fins de l'alinéa 9 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10.

La porte de sortie de la terrasse sud n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait sur un espace entouré d'une clôture munie d'une barrière qui n'était pas verrouillée. Cette porte est également une sortie de secours désignée. La terrasse sud n'était donc pas une aire extérieure sécurisée empêchant un résident de sortir et nécessitant que la porte soit dotée d'une alarme sonore comme il est prescrit. La terrasse est située à environ six mètres du trottoir longeant le chemin Montreal, une artère à quatre voies très passante.

La porte de sortie sud n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait directement sur l'extérieur et sur l'entrée pavée qui mène au terrain de stationnement, à environ 12 mètres du chemin Montreal.

À la fin de la journée de l'inspection, le 28 juin 2016, il a été noté que l'administrateur avait changé le code d'accès des portes de l'unité sud et de l'unité ouest ainsi que celui des portes de sortie des terrasses sud et ouest. L'administrateur a expliqué qu'il avait également l'intention de changer le code d'accès de la porte de l'escalier de l'unité ouest. Il a également expliqué qu'il voulait que seuls lui-même et le responsable de l'entretien connaissent les codes d'accès de ces portes, ce qui empêcherait l'usage régulier de ces portes par le personnel. L'administrateur a expliqué qu'il estimait que cette mesure réduirait le risque potentiel étant donné que ces portes n'étaient pas dotées d'alarmes.

Compte tenu du risque potentiel généralisé que présente, pour les résidents, l'absence d'une alarme à chaque porte indiquée du rez-de-chaussée, un ordre de conformité sera signifié au titulaire de permis. [par. 9 (1)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 15 (2) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis s'est vu remettre un ordre de conformité, l'OC n° 001, aux termes de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c), le 24 août 2015 à la suite de l'inspection de suivi n° 2015_346133_0029. La conformité totale à cet ordre de conformité est demandée pour le 22 août 2016. Le titulaire de permis s'est vu remettre un avis écrit (AE n° 1) le 22 octobre 2015 à la suite de l'inspection de suivi n° 2015_346133_0040 et un autre avis écrit (AE n° 15) le 25 janvier 2016 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux résidents n° 2015_286547_0025. Les constatations ayant justifié ces avis écrits ont été présentées en complément d'information dans l'OC n° 001.

Les faits présentés ci-dessous sont un complément d'information à l'OC n° 001 et seront inclus dans l'inspection de suivi.

Le 24 juin 2016, l'inspectrice a constaté que les appuie-bras du siège de toilette surélevé de la salle de toilette de la chambre 147 avaient été enveloppés de ruban à conduits. Du côté gauche (lorsqu'on fait face à la toilette) le ruban à conduits était souillé de matière brune séchée et s'effilochoit. Le 28 juin 2016, l'administrateur a accompagné l'inspectrice à la salle de toilette et il a été constaté que les appuie-bras du siège de toilette surélevé étaient dans le même état.

Le 24 juin 2016, l'inspectrice a constaté, dans la salle de toilette de la chambre 104, qu'il y avait une épaisse accumulation de matière brune entre les carreaux de sol de la salle de toilette, principalement concentrée dans le secteur en face de la toilette. Le nouveau responsable de l'entretien du foyer a accompagné l'inspectrice à la salle de toilette pour observer l'état du sol.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect, particulièrement en ce qui concerne l'accumulation de matière brune entre les carreaux de sol de la salle de toilette (comme il a été indiqué précédemment, lors de l'inspection n° 2015_346133_0029).

Le 24 juin 2016, pendant une vérification des cordons d'activation du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (le système) dans les chambres à coucher et les salles de toilette, l'inspectrice a constaté qu'il n'y avait pas de cordon d'activation dans la salle de toilette de la chambre 112. Plus tard ce jour-là, l'inspectrice a examiné un rapport de vérification du système, la « vérification des sonnettes d'appel » effectuée par l'ancien directeur des soins le 20 mai 2016. Au verso du rapport de vérification, une note indiquait « 112 – pas de cordon de sonnette dans la salle de toilette ». Ce jour-là, l'inspectrice a signalé le cordon manquant au directeur du bureau, au responsable de l'entretien et à l'administrateur. Le 28 juin 2016, le responsable de l'entretien a informé l'inspectrice qu'il n'avait aucun cordon en réserve et qu'il faudrait en commander un.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect, particulièrement en ce qui concerne les cordons d'activation du système (comme il a été indiqué précédemment lors de l'inspection n° 2015_346133_0040 et de l'inspection n° 2015_286547_0025).

Le 27 juin, en examinant les rapports des vérifications du système (« vérification des sonnettes d'appel »), effectuées par l'ancien directeur des soins le 19 mai 2016 et le 6 juin 2016, l'inspectrice a noté qu'il avait été documenté que la coupole lumineuse à l'extérieur de la salle d'activités de l'unité ouest n'était pas fonctionnelle. L'inspectrice a confirmé que la coupole lumineuse ne fonctionnait toujours pas. Le 28 juin 2016, le responsable de l'entretien a indiqué qu'il avait une ampoule de rechange et qu'il l'essaierait de faire un remplacement d'ampoule pour corriger le problème. À la fin de la journée de l'inspection, la coupole lumineuse n'était toujours pas fonctionnelle.

Le 27 juin 2016, l'inspectrice a noté que, dans la petite partie du couloir de l'unité ouest située entre la salle de douche et la chambre 127, il y avait au moins sept endroits où le revêtement de sol en vinyle n'adhérait pas à la surface sous-jacente. Ainsi, le revêtement de sol était relevé et formait des bulles, créant un risque potentiel de trébuchement. Cette anomalie dans le revêtement de sol se remarquait surtout dans le secteur du couloir entre la salle de douche et la salle de bain. Le foyer avait un degré d'humidité interne de 69 % ce jour-là, ce qui peut avoir contribué à une impression de surface collante au sol et a augmenté le risque potentiel de trébuchement.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect, particulièrement en ce qui concerne le manque d'adhésion du revêtement de sol en vinyle à la surface sous-jacente (comme il a été indiqué précédemment lors de l'inspection n° 2015_346133_0029). [alinéa 15 (2) c)]

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 20 (Exigences en matière de refroidissement).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

20. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré par écrit à l'intention du foyer un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur qui répond aux besoins des résidents, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises et à ce qu'il soit mis en œuvre lorsque cela s'impose pour remédier aux conséquences préjudiciables de la chaleur pour les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 20 (1).f

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 20 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que soit élaboré par écrit à l'intention du foyer un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur qui répond aux besoins des résidents, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et à ce qu'il soit mis en œuvre lorsque cela s'impose.

Cette constatation de non-respect concerne particulièrement la gestion de l'environnement des résidents, sauf les aires climatisées, par temps chaud observé le lundi 27 juin 2016. Le foyer est desservi par un climatiseur dans le hall d'entrée, dans les salles à manger des deux unités et dans les salles d'activités des deux unités. Les couloirs et les chambres à coucher ne sont pas climatisés.

Vers 10 h 30, dans la chambre 129, au bout de la petite partie du couloir de l'aile ouest, l'inspectrice a constaté que, malgré le bouton du radiateur qui était en position d'arrêt, l'appareil produisait de la chaleur. L'inspectrice a relevé la température de la chambre et noté qu'elle atteignait 27,8° C, au niveau de l'oreiller du résident 001.

À 10 h 54, sur le mur à l'extérieur du poste infirmier du couloir de l'aile ouest, il a été constaté que le thermostat indiquait une température de 82° F (27° C). L'hygromètre sur le mur du couloir de l'unité ouest, entre les chambres 115 et 117, indiquait une température de 27,7° C et une humidité relative de 69 %. Pris globalement, ces deux facteurs ont créé un humidex (température ressentie) d'environ 35° C.

Vers 11 h 20, l'inspectrice a entendu, à la radio qui se trouvait dans le hall d'entrée principal du foyer, un bulletin météorologique qui indiquait que la température extérieure était de 24° C, avec un humidex de 31° C. C'était un jour ensoleillé avec ciel dégagé et un vent léger.

Vers 11 h 30, dans le couloir de l'aile sud, entre les chambres 106 et 108, il a été constaté que l'hygromètre sur le mur indiquait une température de 28,5° C et une humidité relative de 67 %. Pris globalement, ces deux facteurs ont créé un humidex d'environ 36° C.

Dans l'aile sud, dans la chambre 120, l'inspectrice a constaté que, malgré le bouton du radiateur en position d'arrêt, l'appareil produisait de la chaleur. Dans les chambres 118 et 100, le bouton du radiateur était réglé à 5, niveau le plus élevé, et le radiateur produisait de la chaleur. La température relevée dans la chambre 100, au niveau de l'oreiller, était de 28,4° C. Dans la chambre 110, un hygromètre installé au mur à l'entrée de la chambre indiquait une température de 28° C et une humidité relative de 63 %, pour un humidex d'environ 35° C.

L'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur et le responsable de l'entretien pour les informer que le chauffage était en marche dans les chambres susmentionnées. L'administrateur a indiqué qu'environ 15 jours auparavant il avait demandé que la chaudière qui dessert le système de chauffage des chambres à coucher soit mise à l'arrêt. Le responsable de l'entretien a expliqué qu'à un moment donné durant la semaine du 20 juin 2016, le coordonnateur des évaluations RAI avait demandé que le système soit remis en marche. Le responsable de l'entretien a confirmé que le système n'avait pas été remis à l'arrêt, ceci malgré le temps chaud.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect liés au système de chauffage dans les chambres à coucher en été. Ainsi qu'il a été noté le 12 août 2015 durant l'inspection n° 2015_346133_0029, l'inspectrice a constaté que le chauffage était en marche dans les chambres 129 et 127. On a tenté d'arrêter le chauffage en tournant un levier sous le radiateur ce jour-là. Le 13 août 2015, l'inspecteur a constaté que le chauffage était toujours en marche dans les chambres à coucher. Ce problème a été inscrit dans les motifs à l'appui de l'ordre de conformité n° 001, remis au titulaire de permis le 24 août 2015, qui fixait la date de conformité au 22 août 2016.

En ce qui concerne la surveillance de la température et des niveaux d'humidité intérieurs du foyer, l'infirmière autorisée 103 a expliqué à l'inspectrice qu'une fois par quart, une infirmière autorisée notait et documentait la température et l'humidité dans une chambre à coucher. De plus, durant le quart de jour, la température et l'humidité affichées sur l'hygromètre du couloir sont documentées. Cette procédure est observée dans l'aile ouest les jours impairs et dans l'aile sud les jours pairs. Les renseignements sont consignés sur une feuille appelée « registre des températures et des taux d'humidité », attachée à une planchette à pince au poste

infirmier de l'aile sud. Dans la partie inférieure gauche du registre, une note appelait à « informer le service de l'entretien ou l'administrateur en cas de température inférieure à 22° C ou d'humidex élevé. Mettre une note dans le cahier d'entretien. » Dans le registre de juin 2016 et dans l'ensemble des autres feuilles de la planchette à pince, il n'y avait aucun renseignement sur la façon de calculer l'humidex ou le niveau qui constituerait un humidex élevé. L'humidex n'avait été calculé pour aucune lecture de température et d'humidité inscrite au registre de juin 2016. Comme c'était un jour impair (le 27 juin 2016), l'IA103 avait noté la température et l'humidité dans une chambre à coucher et dans le couloir de l'aile ouest. Ainsi, d'une part, le processus ne rendait pas compte, pour ce jour-là, de la température et de l'humidité de l'aile sud. D'autre part, le processus ne rendait pas compte, pour ce jour-là, de la température et de l'humidité dans le couloir de l'aile ouest.

Il a été vérifié que l'humidex d'environ 35° C dans le couloir de l'aile ouest ce jour-là n'avait pas été communiqué à l'administrateur ni au responsable de l'entretien.

Lors d'un entretien avec l'administrateur et le responsable de l'entretien, il a été vérifié qu'il n'existait pas de plan défini de gestion de l'environnement à mettre en œuvre selon les niveaux de l'humidex. L'administrateur a proposé d'ouvrir les fenêtres de tous les résidents, car il y avait une brise ce jour-là, dans l'espoir de réduire le taux d'humidité à l'intérieur. La possibilité de fermer temporairement le système de prises d'air frais, en réponse à une lecture d'humidité élevée, a également été examinée. Chaque couloir est desservi par huit prises d'air frais et il a été impossible de déterminer s'il y avait un système en place pour tempérer l'air entrant de l'extérieur. Il n'y a pas de système mécanique d'évacuation d'air desservant les couloirs.

En règle générale, dans l'ensemble du foyer, les stores étaient relevés, ce qui permettait au soleil de réchauffer davantage le foyer, et les fenêtres étaient fermées malgré la brise à l'extérieur et le taux élevé d'humidité à l'intérieur. Il n'y avait pas de processus défini en place pour la fermeture de tous les stores ou l'ouverture des fenêtres le jour ou la nuit pour maximiser l'aération lorsque les conditions s'y prêtent.

Vers la fin de la journée de l'inspection, la directrice intérimaire des soins du foyer (l'employée 104) a confirmé à l'inspectrice que les politiques d'Extendicare dans le classeur « évaluation de la chaleur », qui avaient été fournies à l'inspectrice par l'IA 103, devaient être considérées collectivement comme le plan écrit du foyer pour la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur. En ce qui concerne la gestion des périodes de chaleur, les politiques étaient les suivantes : CLIN-05-01-01; CLIN-05-01-02; CLIN-05-01-03; CLIN-05-01-04; CLIN-05-01-04A; CLIN-05-01-04B; CLIN-05-01-04C1; CLIN-05-01-04C2; CLIN-05-01-05. Toutes ces politiques avaient une date de mise en œuvre et de révision établie à décembre 2002. La directrice intérimaire des soins a indiqué qu'elle croyait que les politiques étaient en cours de révision ou seraient révisées sous peu. La directrice intérimaire des soins a précisé que, bien que le classeur renferme les directives du MSSLD, *Guidelines for the Prevention and Management of Hot Weather Related Illness in Long Term Care Homes, July 2012*, celles-ci ne devaient pas être considérées comme constituant le plan du titulaire de permis pour la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur.

Le 28 juin 2016, sur demande, la directrice intérimaire des soins a fourni à l'inspectrice la liste de vérification de la chaleur (« hot weather checklist ») à laquelle il était fait référence dans une note d'Extendicare, datée du 1^{er} juin 2016, adressée à toutes les opérations canadiennes (« All Canadian operations ») au sujet des politiques liées à la chaleur. L'inspectrice a trouvé cette note dans le classeur de l'évaluation de la chaleur (« heat assessment »). La liste de vérification n'était pas datée et ne portait pas de numéro. Dans la section



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

consacrée à l'entretien des installations, il était indiqué de « mettre en œuvre des stratégies pour maximiser l'aération » et de « mettre en œuvre des contrôles réguliers pour évaluer les températures et les taux d'humidité intérieurs et communiquer les résultats à l'administrateur ou au directeur des soins ».

Les politiques d'Extendicare n'abordaient pas explicitement les taux d'humidité et n'indiquaient pas au personnel du foyer à quel moment ni à quel endroit surveiller la température et les taux d'humidité. La politique CLIN-05-01-05 cite uniquement l'obligation d'avoir un thermomètre portable et un instrument de mesure de l'humidité. Cependant, la politique CLIN-05-01-02 établit que les mesures préventives contre les maladies liées à la chaleur (par opposition aux mesures d'urgence) sont le type d'intervention requis à une température de 28° C par temps sec (humidité relative de moins de 50 %) ou de 26° C par temps humide (humidité relative de plus de 50 %). Cette politique prévoit des mesures préventives liées à l'environnement des résidents, notamment « fermer les fenêtres, les rideaux et les stores durant la journée et les fermer la nuit ».

Le 27 juin 2016, le foyer n'avait pas procédé à la mise en œuvre d'un plan incluant des mesures de prévention efficaces pour garder le bâtiment aussi frais que possible, comme arrêter le système de chauffage, garder tous les stores baissés pour bloquer les rayons du soleil et utiliser les fenêtres pour maximiser l'aération, au besoin, avant une période de grande chaleur et de forte humidité. [par. 20 (1)]

Date de délivrance : 12 juillet 2016

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la
Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	JESSICA LAPENSÉE
N° du rapport d'inspection :	2016_346133_0027
N° du registre :	013727-16, 004595-16
Type d'inspection :	Suivi
Date du rapport :	12 juillet 2016
Titulaire de permis :	CVH (No.4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No.4) LP, 766 Hespeler Road, bureau 301 a.s. de Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H 5L8
Foyer de soins de longue durée :	MANOIR MAROCHEL 949 CHEMIN MONTREAL, OTTAWA ON K1K 0S6
Nom de l'administrateur :	Bipin Raut

Aux termes du présent document, CVH (No.4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No.4) LP est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du/de la :

9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

i. gardées fermées et verrouillées,

ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,

iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Ordre :

1. Afin de se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, sous-alinéa 9 (1) 1. i, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient gardées fermées et verrouillées.

2. Afin de se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, sous-alinéa 9 (1) 1. iii, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui

empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

- A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
- B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Ceci concerne particulièrement la porte principale, la porte de sortie de l'unité sud et celle de l'unité ouest, la porte de la terrasse de l'unité sud et celle de la terrasse de l'unité ouest, la porte de l'escalier de l'unité ouest, ainsi que toutes les portes concernées du sous-sol.

Le titulaire de permis est prié de noter que si l'alarme d'une porte est activée, cette alarme doit rester active lorsque la porte se referme. L'alarme d'une porte ne doit pas s'annuler d'elle-même. L'alarme d'une porte ne doit pas pouvoir être annulée à la porte même, soit au point d'activation.

Lorsqu'il étudie le délai d'activation d'une alarme, le titulaire de permis doit veiller à ce que, dans l'ensemble, le foyer procure un environnement sûr et sécuritaire pour les résidents, conformément à la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, art. 5.

D'ici à ce qu'il se conforme aux exigences établies, le titulaire de permis veillera à ce que des mesures formelles soient en place pour assurer la sécurité des résidents en l'absence d'alarmes sonores aux portes indiquées, comme le prescrit le Règl. de l'Ont. 79/10, au par. 9 (1).

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 9 (1) 1. iii, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

- A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
- B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Le 27 juin 2016 à 10 h 15, l'inspectrice a noté que la porte de sortie de l'unité ouest qui donne sur la terrasse du jardin était retenue en position ouverte au moyen d'un pavé. Sur la porte, un panneau indiquait « cette porte doit être fermée en tout temps (ne pas la retenir en position ouverte) ». Le résident 001 était assis dans son fauteuil Broda, placé de façon à regarder par la porte. Le résident 001 n'est pas mobile de manière autonome. Deux préposés aux services de

soutien personnel, les PSSP 101 et 102, travaillaient dans ce secteur, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait directement la porte ouverte. L'inspectrice est sortie sur la terrasse du jardin et a noté que le secteur était entouré d'une clôture mais que celle-ci n'était pas verrouillée. Il y avait un loquet sur la barrière, mais il n'était pas verrouillé. Pour ouvrir la barrière, l'inspectrice a soulevé le mécanisme à loquet. Pendant que l'inspectrice était dehors, une infirmière autorisée, l'IA 103, a demandé au PSSP 102 de fermer la porte.

L'administrateur a confirmé que la porte était une sortie de secours et que la barrière de la clôture ne pouvait donc pas être sécurisée de façon à empêcher de sortir. Le jardin de la terrasse de l'unité ouest n'est donc pas une aire extérieure sécurisée nécessitant que la porte soit gardée fermée et verrouillée et qu'elle soit dotée d'une alarme sonore comme il est prescrit.

Le 28 juin 2016, l'inspectrice a vérifié si chacune des six portes indiquées du rez-de-chaussée du foyer était dotée d'une alarme comme il est prescrit. Ceci a été fait en tenant chaque porte ouverte pendant cinq minutes pour tenter d'activer une alarme. Avant de terminer ces tests, l'administrateur a indiqué qu'à son avis aucune des portes n'était dotée d'une alarme.

La porte principale n'était pas dotée d'une alarme. Il a été noté que le système Wanderguard était en place à la porte. Ce système sert de mesure de sécurité uniquement aux résidents qui portent un bracelet branché sur le système et ne satisfait pas aux exigences d'une alarme de porte prévue au sous-alinéa 9 (1) 1. iii du Règl. de l'Ont. 79/10.

La porte de l'escalier de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait sur un escalier qui conduisait au sous-sol, aire à laquelle les résidents ont accès.

La porte de sortie du jardin de la terrasse de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. La barrière de la clôture du jardin s'ouvrait sur un secteur boisé derrière le foyer.

La porte de sortie de l'unité ouest n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait directement sur un vestibule dans lequel il y avait une porte non verrouillée donnant sur l'extérieur et une porte non verrouillée donnant sur un salon de coiffure pour hommes et une clinique de massothérapie. Ce secteur commercial du complexe immobilier est considéré comme l'extérieur du foyer aux fins de l'alinéa 9 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10.

La porte de sortie de la terrasse sud n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait sur un espace entouré d'une clôture munie d'une barrière qui n'était pas verrouillée. Cette porte est également une sortie de secours désignée. La terrasse sud n'était donc pas une aire extérieure sécurisée empêchant un résident de sortir et nécessitant que la porte soit dotée d'une alarme sonore comme il est prescrit. La terrasse est située à environ six mètres du trottoir longeant le chemin Montreal, une artère à quatre voies très passante.

La porte de sortie sud n'était pas dotée d'une alarme. Cette porte donnait directement sur l'extérieur et sur l'entrée pavée qui mène au terrain de stationnement, à environ 12 mètres du chemin Montreal.

À la fin de la journée de l'inspection, le 28 juin 2016, il a été noté que l'administrateur avait changé le code d'accès des portes de l'unité sud et de l'unité ouest ainsi que celui des portes

de sortie des terrasses sud et ouest. L'administrateur a expliqué qu'il avait également l'intention de changer le code d'accès de la porte de l'escalier de l'unité ouest. Il a également expliqué qu'il voulait que seuls lui-même et le responsable de l'entretien connaissent les codes d'accès de ces portes, ce qui empêcherait l'usage régulier de ces portes par le personnel. L'administrateur a expliqué qu'il estimait que cette mesure réduirait le risque potentiel étant donné que ces portes n'étaient pas dotées d'alarmes.

Compte tenu du risque potentiel généralisé que présente, pour les résidents, l'absence d'une alarme à chaque porte indiquée du rez-de-chaussée, un ordre de conformité sera signifié au titulaire de permis. (133)

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, sous alinéa 9 (1) 1. i, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient gardées fermées et verrouillées.

Le 27 juin 2016 à 10 h 15, l'inspectrice a noté que la porte de sortie de l'unité ouest qui donne sur la terrasse du jardin était retenue en position ouverte au moyen d'un pavé. Sur la porte, un panneau indiquait « cette porte doit être fermée en tout temps (ne pas la retenir en position ouverte) ». Le résident 001 était assis dans son fauteuil Broda, placé de façon à regarder par la porte. Le résident 001 n'est pas mobile de manière autonome. Deux préposés aux services de soutien personnel, les PSSP 101 et 102, travaillaient dans ce secteur, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait directement la porte ouverte. L'inspectrice est sortie sur la terrasse du jardin et a noté que le secteur était entouré d'une clôture mais que celle-ci n'était pas verrouillée. Il y avait un loquet sur la barrière, mais il n'était pas verrouillé. Pour ouvrir la barrière, l'inspectrice a soulevé le mécanisme à loquet. Pendant que l'inspectrice était dehors, une infirmière autorisée, l'IA 103, a demandé au PSSP 102 de fermer la porte.

L'administrateur a confirmé que la porte était une sortie de secours et que la barrière de la clôture ne pouvait donc pas être sécurisée de façon à empêcher de sortir. Le jardin de la terrasse de l'unité ouest n'est donc pas une aire extérieure sécurisée nécessitant que la porte soit gardée fermée et verrouillée comme il est prescrit. (133)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 14 novembre 2016

RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

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 2T5

et Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 12 juillet 2016

Signature de l'inspecteur :

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par
JESSICA LAPENSÉE
Ottawa