

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 16 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1252-0001	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. par ses partenaires généraux au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : Pleasant Meadow Manor, Norwood	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Chantal Lafrenière (194)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9, 10 et 13 avril 2024

L'inspection concernait :

- Un incident critique lié à l'écllosion de COVID-19.

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

- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect du : paragraphe 12 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Par. 12 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une politique écrite indiquant les périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les personnes résidentes soit adoptée.

JUSTIFICATION ET RÉSUMÉ :

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que les portes des balcons du deuxième étage et les portes de la cour du premier étage étaient verrouillées et qu'il fallait un code d'accès pour y entrer et en sortir. Il a été observé que le mobilier de terrasse était en place, mais qu'aucune personne résidente n'était à l'extérieur.

L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) a confirmé que les portes-fenêtres et la cour du foyer étaient fermées à clé et que les personnes résidentes n'y avaient pas accès sans l'aide du personnel.

L'entretien avec deux personnes résidentes a confirmé que celles-ci devaient demander l'aide du personnel pour accéder aux cours extérieures ou aux balcons du foyer.

L'administrateur par intérim a confirmé que le foyer n'avait pas de politique concernant le moment où les portes des aires sécuritaires à l'extérieur destinées aux personnes résidentes devaient être verrouillées et déverrouillées.

Le fait de ne pas s'être assuré qu'il existait une politique écrite indiquant quand les portes menant à des aires sécuritaires à l'extérieur devaient être déverrouillées et verrouillées a potentiellement minimisé la capacité des personnes résidentes à

accéder à des espaces extérieurs non surveillés,

Sources : la visite du foyer et l'entretien avec les personnes résidentes et le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : SUBSTANCES DANGEREUSES

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

Non-respect de : l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer restent inaccessibles aux personnes résidentes en tout temps.

JUSTIFICATION ET RÉSUMÉ :

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que le local d'entretien ménager du deuxième étage n'était pas fermé à clé. La poignée de la porte était en position verrouillée, mais la porte ne se verrouillait pas lorsqu'elle était fermée. Il a été constaté qu'une substance dangereuse se trouvait dans ce local.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que la porte devait être fermée à clé et qu'elle n'a pas réussi à la verrouiller après plusieurs tentatives.

Le ou la responsable de l'entretien a indiqué qu'il ou elle avait été informé que la porte ne se verrouillait pas. Le ou la responsable de l'entretien a confirmé que ce problème avait été abordé avec l'entrepreneur, mais il a déclaré que quelque chose avait dû changer, car la porte ne se verrouille pas aujourd'hui.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer restent inaccessibles aux personnes résidentes à tout moment augmente le

risque de préjudice aux personnes résidentes.

Sources : les observations lors de la visite du foyer, les entretiens avec le personnel.
[194]

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

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

Non-respect du : sous-alinéa 138 (1) (a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Par. 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- (a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :,
- (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

JUSTIFICATION ET RÉSUMÉ :

Lors d'une visite du bâtiment, il a été constaté qu'un chariot de traitement contenant des crèmes médicamenteuses était laissé déverrouillé dans un couloir. Il a été constaté que les personnes résidentes disposaient de crèmes médicamenteuses prescrites dans le chariot de traitement. Sur le dessus du chariot de traitement se trouvait une affiche imprimée indiquant que le chariot de traitement devait être verrouillé à tout moment.

L'IA a confirmé que le chariot de traitement devait être fermé à clé lorsqu'il n'était pas surveillé par le personnel.

L'examen des dossiers d'administration des traitements (Treatment Administration Records) de deux personnes résidentes a confirmé que celles-ci s'étaient vu prescrire des crèmes de traitement médicamenteuses.

Le fait de ne pas s'assurer que les médicaments sont rangés à un endroit sécurisé et

verrouillé expose les personnes résidentes à un risque accru de blessure.

Sources : la visite des zones du foyer, l'examen des dossiers médicaux des personnes résidentes et l'entretien avec le personnel. [194]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Par. 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

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] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. L'administrateur et le titulaire de permis veilleront à ce que la zone de construction du foyer soit sécurisée afin que les personnes résidentes n'y aient pas accès et que l'espace extérieur soit sûr pour les personnes résidentes.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un environnement sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes, car le chantier de construction en cours ne comportait pas de barrières.

JUSTIFICATION ET RÉSUMÉ :

Lors d'une visite, il a été constaté que la construction et l'aménagement paysager étaient en cours à l'avant et sur les côtés du bâtiment. Il a été constaté qu'il y avait des machines en fonctionnement, des surfaces inégales, des allées temporaires en pente, de gros rochers, une fosse accessible avec de l'eau accumulée, une benne à ordures et des débris de construction autour du bâtiment qui n'étaient pas sécurisés en vue d'empêcher l'accès des personnes résidentes.

Le superviseur du chantier chez Steele Core, a confirmé qu'il n'y avait pas de barrières actuellement en place au foyer pour limiter l'accès au chantier en cours.

L'administrateur par intérim a vérifié que le chantier en cours à l'avant et sur le côté du bâtiment n'avait pas de barrières en place pour limiter l'accès des personnes résidentes au chantier en cours.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des barrières soient mises en place autour d'un chantier de construction en cours au foyer a compromis la sécurité de l'environnement des personnes résidentes.

Sources : les observations du chantier, les entretiens avec le personnel. [194]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 mai 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

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

Non-respect du : paragraphe 272 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Art. 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

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] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La responsable de la PCI doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir que tous les désinfectants pour les mains à base d'alcool présents dans le foyer ne sont pas périmés.
2. La responsable de la PCI doit effectuer des vérifications hebdomadaires et mettre en œuvre des mesures correctives pour toute lacune constatée, pendant une période de six semaines, dans toutes les chambres des personnes résidentes, afin

de s'assurer que le désinfectant pour les mains à base d'alcool n'est pas périmé.

3. La responsable de la PCI doit effectuer des vérifications hebdomadaires et mettre en œuvre des mesures correctives pour toute lacune constatée, pendant une période de six semaines, dans toutes les aires communes, afin de s'assurer que le désinfectant pour les mains à base d'alcool n'est pas périmé.

4. Toutes les vérifications réalisées doivent être documentées, conservées et immédiatement mises à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les directives, toutes les ordonnances, toutes les orientations, tous les conseils ou toutes les recommandations applicables émises par le médecin hygiéniste en chef ou un médecin hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* soient respectés dans le foyer, en particulier en veillant à ce que le désinfectant pour les mains à base d'alcool ne soit pas périmé.

Conformément aux : Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosons dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif d'avril 2024, indiquant que l'alcool pour les mains ne doit pas être périmé.

JUSTIFICATION ET RÉSUMÉ :

Lors d'une visite du foyer, il a été observé que le désinfectant pour les mains à base d'alcool de plusieurs chambres de personnes résidentes était périmé.

La responsable de la PCI a confirmé qu'elle était tenu de vérifier que les désinfectants pour les mains à base d'alcool n'étaient pas périmés, déclarant qu'elle effectuait des vérifications hebdomadaires de ces désinfectants.

Le fait de ne pas s'être assuré que les désinfectants pour les mains à base d'alcool du foyer n'étaient pas périmés a augmenté le risque de contagion au sein du foyer.

Sources : les observations lors de la visite du foyer et les entretiens avec le personnel. [194]

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 12 juillet 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 licence 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 du
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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

le jour de l'envoi;

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

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

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

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

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

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

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

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