

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 19 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1301-0003	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> The Glebe Centre Incorporated	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Glebe Centre, Ottawa	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Jessica Nguyen (000729)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Le 30 avril 2024 et les 1-3, 6-9 et 14 mai 2024.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de l'inspection de cette plainte :

- Le dossier n° 109419 relatif à la prévention et au contrôle des infections ainsi qu'à des problèmes liés aux soins.
- Le dossier n° 109642 relatif à des problèmes liés à la négligence et aux soins.
- Le dossier n° 114630 relatif à des problèmes de peau et liés aux soins.

Le dossier suivant a été rempli lors de l'inspection liée à l'incident critique :

- Le dossier n° 110284/incident critique n° 2811-000011-24 relatif à des allégations de mauvais traitements physiques d'une personne résidente envers une autre.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le programme de soins écrit pour une personne résidente énonce des directives claires à l'intention du personnel qui fournissent des soins directs à cette personne résidente.

#### Résumé et justification

Lors d'un entretien avec la personne résidente, celle-ci a expliqué ses besoins liés à sa toilette et que le personnel n'effectuait pas toujours de vérification et que certains jours, les soins périnéaux n'étaient pas dispensés.

Lors des entretiens avec différentes personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), celles-ci ont indiqué que les besoins des personnes résidentes en matière de toilette évoluaient et que celles-ci pouvaient être à la fois indépendantes et dépendantes en ce qui concerne leur toilette et leurs soins personnels. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que les besoins d'une personne résidente en matière de soins fluctuent et a convenu que le programme de soins écrit n'était pas clair en ce qui concerne les besoins de la personne résidente en matière de toilette et d'hygiène personnelle.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins écrit pour la personne

résidente définisse des directives claires pour le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente en ce qui concerne ses besoins en matière de toilette et de soins personnels, a exposé la personne résidente au risque que ses besoins en matière de soins ne soient pas satisfaits.

Sources :

Programme de soins écrit de la personne résidente.  
Entretiens avec la personne résidente, les PSSP et l'IAA.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme**

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

**Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

Résumé et justification

A) Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a reçu par courriel une plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente. La plainte indique que la personne résidente a été trouvée à une date précise sans son appareil fonctionnel, ou sans ses sous-vêtements adaptés pour l'incontinence comme le précise son programme de soins.

L'examen du programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci a besoin d'aide pour aller aux toilettes et qu'elle porte un accessoire pour l'incontinence d'une certaine taille. Il indique également que la personne résidente a besoin d'aide avec son appareil fonctionnel et qu'elle doit l'avoir à certaines heures de la journée.

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

Lors d'un entretien avec le ou la DSI, il a été confirmé qu'après une enquête interne, les allégations étaient fondées et que le personnel n'avait pas prodigué les soins à la personne résidente comme le prévoyait son programme.

Le non-respect du programme de soins expose la personne résidente à un risque de perte de confort.

Sources :

Programme de soins de la personne résidente.

Entretien avec le ou la DSI.

Plainte écrite déposée.

[000729]

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

B) À une date précise, un incident de mauvais traitements d'ordre physique présumés s'est produit entre deux personnes résidentes, et l'une d'entre elles a été blessée.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente pour la semaine précédant l'incident a révélé de nombreuses notes indiquant la nécessité d'une supervision individuelle constante en raison du comportement réactif de la personne résidente à l'égard des autres personnes résidentes et du personnel.

Le médecin avait ordonné la présence d'une personne attitrée pour s'occuper de l'une des personnes résidentes.

Lors d'un entretien avec le champion du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO), il a été confirmé qu'il n'y avait pas de personne attitrée au moment de l'incident en raison de contraintes liées au personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente dispose d'une personne attitrée présente à tout moment comme indiqué dans son programme de soins a entraîné un risque de préjudice pour cette personne résidente et les autres.

Sources :

Dossier papier et dossier électronique de la personne résidente.

Incident critique n° 2811-000010-24

Entretien avec le champion du BSO.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Documents sur le programme de soins**

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

**Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 1) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit documentée.

Résumé et justification

Le changement de l'accessoire pour l'incontinence de la personne résidente a été prévu à des moments précis, comme l'indique son programme de soins.

Les documents du point de service pour la personne résidente ont montré que pour un mois donné, il y a eu un jour où la toilette de la personne résidente et les deux changements d'accessoires pour l'incontinence n'ont pas été documentés, et plusieurs jours où une routine de toilette et les changements d'accessoires pour l'incontinence n'ont pas été documentés.

Les documents du point de service pour la personne résidente ont montré que pour un autre mois donné, il y a eu un jour où la toilette et les changements d'accessoires pour l'incontinence n'ont pas été documentés.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI, celui-ci ou celle-ci a confirmé que le personnel n'avait pas rempli la documentation pour les

tâches assignées à ces dates précises et que c'est pour cette raison qu'elle était vide. Il ou elle a déclaré que l'utilisation des toilettes ne devrait jamais être laissée vide ou notée comme étant sans objet, car cette catégorie inclut le changement des sous-vêtements d'incontinence et que si le personnel la laisse vide, cela signifie qu'il n'a pas changé la personne résidente.

#### Sources :

Dossiers électroniques de la personne résidente.  
Entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI.

[000729]

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Obligation de protéger

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par une personne résidente.

#### Résumé et justification

Les mauvais traitements d'ordre physique sont définis par l'article 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 comme l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Peu après l'admission d'une personne résidente dans le foyer, un incident de mauvais traitements présumés s'est produit entre cette personne résidente et une autre, au cours duquel l'une des personnes résidentes a été blessée.

**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 d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

Le jour de l'incident, les notes d'évolution indiquent qu'une personne résidente a été agitée toute la nuit et qu'elle entraînait dans les chambres d'autres personnes résidentes.

L'examen des notes d'évolution d'une personne résidente pour la semaine précédant l'incident indique qu'une personne résidente avait des comportements réactifs et que certains jours, ces comportements incluaient également des incidents d'agression physique à l'égard d'autres personnes résidentes et du personnel.

D'après les notes d'évolution, des tournées toutes les heures ont été mises en place en raison de problèmes de sécurité concernant une personne résidente et son compagnon de chambre, en raison des comportements imprévisibles de celle-ci. La personne résidente a été décrite comme présentant un risque élevé pour sa sécurité et celle des autres et nécessitant une surveillance constante. Le médecin avait ordonné la présence d'une personne attitrée pendant tous les quarts de travail.

Lors d'un entretien avec le champion du BSO, il a été confirmé que, bien qu'une personne résidente ait manifesté des comportements avant l'incident, il n'y avait aucune personne attitrée à l'horaire au moment de l'incident en raison de contraintes liées au personnel.

Aucune mesure immédiate n'a été prise à l'égard d'une personne résidente afin de protéger son compagnon de chambre ainsi que les autres personnes résidentes de l'unité contre d'autres mauvais traitements d'ordre physique. L'une d'elles a été retrouvée dans la chambre d'une autre personne résidente quelques heures après l'incident et la personne attitrée prévue à l'horaire n'était pas avec la personne résidente à ce moment-là; les deux personnes résidentes ont ensuite été envoyées à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux.

Lors d'un entretien avec l'IAA, il a été confirmé qu'une personne résidente avait été envoyée à l'hôpital et n'était pas revenue au foyer avant plusieurs semaines. L'IAA a également confirmé qu'une personne résidente avait été retrouvée dans la chambre d'une autre personne résidente quelques heures après l'incident et que la personne attitrée n'était pas avec la personne résidente à ce moment-là. L'IAA a dû l'appeler de la salle à manger pour qu'elle reste avec la personne résidente.

Le fait de ne pas prendre de mesures immédiates a entraîné des risques de préjudice ou de blessures pour une personne résidente et d'autres personnes résidentes de l'unité.

Sources :

Dossiers électroniques et dossiers papier de la personne résidente.

Entretien avec le champion du BSO et l'IAA.

Incident critique n° 2811 000010-24

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis**

Problème de non-conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 26 (1) (c) de la LRSLD (2021)**

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Par. 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

(c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de transmettre immédiatement au directeur ou à la directrice une plainte écrite concernant des soins prodigués à une personne résidente.

Résumé et justification

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a reçu par courriel une plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente. La plainte indique que la personne résidente a été observée sans son appareil fonctionnel et qu'elle ne portait pas l'accessoire pour l'incontinence précisé dans son programme de soins.

Un examen de la Politique n° 1.00 du titulaire de permis « Concerns and Complaint » (préoccupations et plaintes), révisé pour la dernière fois en septembre 2022, stipule que, aux termes de la marche à suivre relative aux plaintes, toute plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente doit être immédiatement transmise au directeur ou à la directrice.

Le ou la DSI n'était pas au courant des exigences de la loi concernant la transmission immédiate au directeur ou à la directrice de toutes les plaintes écrites relatives à des problèmes de soins et a confirmé que cela n'avait pas été fait.

Le fait de ne pas soumettre immédiatement la plainte écrite au directeur ou à la directrice expose la personne résidente au risque qu'un incident concernant ses soins ne soit pas signalé.

Sources :

Entretien avec le ou la DSI.

Politique n° 1.00 : « Concerns and Complaint » (préoccupations et plaintes), dernière révision en septembre 2022.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un mauvais traitement présumé d'une personne résidente par une autre personne résidente, qui a entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice.

Résumé et justification

À une date précise, un incident de mauvais traitements présumés s'est produit entre deux personnes résidentes, et l'une d'entre elles a été blessée. L'incident n'a pas été immédiatement signalé au directeur ou à la directrice, la ligne en dehors des heures de bureau a été appelée plusieurs heures plus tard et l'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice le jour suivant.

Le fait de ne pas informer immédiatement le directeur ou la directrice d'un mauvais traitement présumé expose la personne résidente et les autres personnes résidentes à un risque de préjudice supplémentaire.

Sources :

Incident critique n° 2811-000010-24,  
Entretien avec le ou la DSI.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de non-conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que cette personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la peau réalisée par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

## Résumé et justification

Un jour donné, la personne résidente s'est présentée à l'hôpital pour un rendez-vous de routine au cours duquel l'infirmière a constaté que celle-ci souffrait d'un problème de santé. La personne résidente a été hospitalisée pendant plusieurs semaines après le rendez-vous.

L'examen des dossiers électroniques de la personne résidente a permis de constater qu'une tâche d'évaluation devait être effectuée par les PSSP à chaque quart de travail, mais qu'aucune évaluation n'avait été effectuée par un membre du personnel autorisé ou qu'aucun document n'avait été rédigé par un membre du personnel autorisé concernant l'état de la personne résidente avant ou après son admission à l'hôpital.

Lors d'un entretien avec l'IAA, il a été confirmé que le personnel autorisé ne procédait pas à des évaluations périodiques des personnes résidentes après les rendez-vous médicaux et qu'il ne procédait à une évaluation qu'en cas de problème de santé constaté.

Lors d'un entretien avec la personne résidente, celle-ci a déclaré que le personnel autorisé n'évaluait pas systématiquement les personnes résidentes à leur retour de l'hôpital et que le jour où la personne résidente a été admise à l'hôpital, aucun membre du personnel du foyer n'avait remarqué de problème de santé. L'hôpital s'est également interrogé sur la manière dont ce fait avait pu être omis.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit évaluée par un ou une IAA à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié a exposé la personne résidente à un risque d'infection et de préjudice.

### Sources :

Dossier électronique de la personne résidente.  
Entretien avec la personne résidente et l'IAA.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé décrit au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la peau d'une personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Résumé et justification

Un jour donné, la personne résidente s'est présentée à l'hôpital pour un rendez-vous de routine au cours duquel l'infirmière a constaté que celle-ci souffrait d'un problème de santé. La personne résidente a été hospitalisée pendant plusieurs semaines après le rendez-vous. La personne résidente est retournée au foyer avec plusieurs pansements.

Lors d'un entretien avec la personne résidente, les différents pansements ont été observés. La personne résidente a déclaré que le personnel autorisé n'évaluait pas périodiquement l'ensemble des pansements et ne changeait un pansement particulier que sur demande ou les jours de douche, et comme la personne résidente refusait de prendre sa douche, le pansement n'avait été changé que quelques fois depuis sa sortie de l'hôpital.

L'examen du dossier de la personne résidente dans le registre électronique d'administration des médicaments (eMAR) a montré qu'il n'y avait aucune tâche d'évaluation ou de changement des pansements. L'examen des notes d'évolution de la personne résidente n'a révélé aucune note d'évolution relative aux évaluations ou aux changements de pansements effectués par le personnel autorisé.

Lors d'un entretien, l'IAA a confirmé qu'il n'y avait pas de nouvelle tâche dans l'eMAR pour évaluer ou changer les pansements et qu'elle n'était donc pas effectuée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit évaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel autorisé l'expose à un risque accru d'infection et de préjudice.

#### Sources :

Dossier électronique de la personne résidente (notes d'évolution, eMAR).  
Entretien avec la personne résidente et l'IAA.  
Observations.

[000729]

### **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce que, pour chaque résident qui manifeste des comportements réactifs,

(c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins de du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente lorsque celle-ci a eu des comportements réactifs, et à ce que les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention soient documentées.

À un jour donné, une personne résidente a eu un comportement physique réactif envers une autre personne résidente, ce qui a entraîné une blessure pour cette dernière.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente pour la semaine précédant l'incident indique que celle-ci présentait des comportements réactifs et

qu'à des jours donnés, ces comportements réactifs incluaient également des incidents d'agression physique à l'égard d'autres personnes résidentes et du personnel.

Le médecin avait ordonné la présence d'une personne attirée pendant tous les quarts de travail à la personne résidente, mais au moment de l'incident, il n'y avait pas de personne attirée prévue à l'horaire en raison de contraintes liées au personnel.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente jointes à l'eMAR indique que des médicaments ont été administrés à la personne résidente à des dates précises, mais qu'ils ont été inefficaces. La personne résidente a continué à manifester des comportements réactifs et a été très difficile à réorienter. Le médecin n'a pas été contacté pour une réévaluation ou un rajustement de la médication.

D'après les notes d'évolution, des tournées toutes les heures ont été mises en place en raison de problèmes de sécurité concernant une personne résidente et son compagnon de chambre, en raison des comportements imprévisibles de celle-ci. La personne résidente a été décrite comme présentant un risque élevé pour sa sécurité et celle des autres et nécessitant une surveillance constante.

L'examen des dossiers des personnes résidentes du système d'observation de la démence aux termes du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO-DOS) avant l'incident a montré que le personnel ne remplissait pas systématiquement les dossiers et que ceux-ci comportaient de nombreuses lacunes. Des heures précises à des dates précises ont été laissées vides.

Le personnel autorisé a eu accès à la personne résidente et l'a envoyée à l'hôpital pour répondre à ses besoins médicaux. Selon la politique n° 9.00 du foyer « Responsive Behaviours » (comportements réactifs), révisée pour la dernière fois en février 2023. L'acronyme « P.I.E.C.E.S » devait être utilisé pour évaluer les causes possibles du comportement de la personne résidente. Le « P » désigne la cause physique ou les éléments suivants : délire, maladie, médicaments, inconfort, invalidité. Les causes possibles du délire sont d'ordre médical, microbien, métabolique ou myocardique. Cette évaluation n'a pas été réalisée avant l'incident.

Selon l'arbre décisionnel sur les comportements réactifs énoncé dans la politique du foyer, lorsqu'une personne résidente présente des comportements inappropriés ou qui s'aggravent, le personnel doit contacter le médecin de SLD et, le cas

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

échéant, faire intervenir la police, transférer la personne résidente aux urgences et faire appel à l'équipe d'assistance. Cela n'a pas été fait avant l'incident, bien que la personne résidente ait manifesté des comportements de plus en plus marqués et imprévisibles.

Lors d'un entretien avec l'IAA, il a été confirmé que la personne résidente avait été envoyée à l'hôpital pour répondre à ses besoins médicaux et n'était pas revenue au foyer avant plusieurs semaines. L'IAA a admis qu'avec le recul, le comportement de la personne résidente au cours des sept jours précédant l'incident était très différent de son comportement actuel.

Au cours d'un entretien, une autre IAA a confirmé que le médecin n'avait jamais été appelé au sujet des comportements réactifs de la personne résidente, car, avant l'incident, celle-ci n'avait jamais eu d'altercation avec une autre personne résidente. Ils ont également déclaré qu'étant donné que la personne résidente avait été admise assez récemment avant l'incident, il n'y avait pas de base de référence pour comparer leurs comportements, mais qu'après l'hospitalisation, la personne résidente était plus calme et n'avait plus d'accès de violence.

Le fait de ne pas répondre aux besoins de la personne résidente alors qu'elle manifestait des comportements réactifs l'a exposée à des risques de voir ses besoins médicaux non satisfaits et a entraîné des risques de préjudice ou de blessures pour les autres personnes résidentes.

Sources :

Dossiers électroniques et dossiers papier de la personne résidente.

Entretien avec les IAA.

Incident critique n° 2811 000010-24

Politique n° 9.00 « Responsive Behaviours » (comportements réactifs), dernière révision en février 2023.

[000729]

**AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

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*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect, au sein de son foyer, de tous les ordres ou conseils et de 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*.

### Résumé et justification

A) Le ministère de la Santé a publié en avril 2024 les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif. L'article 3.1 Mesures de PCI – précautions supplémentaires stipule que le désinfectant pour les mains à base d'alcool est le premier choix pour l'hygiène des mains lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées et qu'il ne doit pas être périmés.

Lors d'observations effectuées à une date précise dans une salle à manger donnée, deux bouteilles de désinfectant pour les mains à base d'alcool ont été vues près de la zone de restauration affichant une date de péremption de décembre 2022.

Lors de l'observation du service des repas dans la salle à manger, les membres du personnel ont été observés en train d'utiliser le désinfectant pour les mains à base d'alcool périmé pour l'hygiène de leurs mains et de celles des personnes résidentes.

Lors d'un entretien avec le gestionnaire de la PCI, celui-ci a déclaré que des vérifications étaient effectuées pour s'assurer que le désinfectant pour les mains à base d'alcool dans les étages n'était pas périmé. Le gestionnaire de la PCI a examiné les bouteilles de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans la salle à manger et a confirmé que la date de péremption était décembre 2022, et les bouteilles ont été retirées.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que toutes les personnes résidentes bénéficient d'une assistance pour l'hygiène des mains avant le service des repas avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool non périmé a exposé les personnes résidentes à un risque accru de contracter une maladie infectieuse.

Sources :

Observations du personnel dans la salle à manger.  
Entretien avec le gestionnaire de la PCI des personnes résidentes.  
Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif. Ministère de la Santé. Entrée en vigueur : avril 2024

[000729]

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect, au sein de son foyer, de tous les ordres ou conseils et de 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*.

B) L'éclosion d'une maladie respiratoire a été déclarée dans une unité donnée et une note de service a été envoyée au personnel pour l'informer qu'il devait porter un masque chirurgical lorsqu'il se trouvait dans l'unité. Le même message a été envoyé à plusieurs reprises.

Le ministère de la Santé a publié en avril 2024 les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif. L'article 3.3 – Restrictions concernant les clients/patients/résidents indique qu'il convient de mettre en place le port du masque universel dans la zone suspecte de l'éclosion, pour les maladies respiratoires.

Lors d'une observation effectuée à une date précise dans l'unité de l'éclosion, deux membres du personnel autorisé ont été vus assis au poste de soins infirmiers en train de manger et de parler, sans masque. Un membre du personnel des loisirs a été vu en train de pousser une personne résidente dans le couloir sans porter de masque. Au cours d'un entretien, l'IAA a confirmé qu'ils auraient dû porter des masques parce que l'unité vivait une éclosion.

Lors d'une autre observation, à une autre date, dans l'unité de l'éclosion, deux PSSP ont été vus dans le salon des personnes résidentes avec des masques qui pendaient d'une oreille. Un membre du personnel des loisirs a été observé dans 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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

salle d'activités sans masque et une IAA a été vue assise au poste de soins infirmiers sans masque. Un PSSP a confirmé que l'unité était toujours en éclosion et que tout le personnel devait porter des masques.

Lors d'un entretien avec le gestionnaire de la PCI, celui-ci a confirmé que tout le personnel de l'unité de l'éclosion devait toujours porter un masque chirurgical et l'équipement de protection individuelle supplémentaire requis lorsqu'il entrait dans les chambres d'isolement. Le gestionnaire de la PCI a confirmé que des enseignements, des vérifications et de nombreuses notes de service ont été envoyés à ce sujet et que l'ensemble du personnel devrait être au courant.

Le fait de ne pas s'assurer que l'ensemble du personnel suit les recommandations en matière de port du masque dans l'unité touchée par une éclosion expose le personnel et les personnes résidentes à un risque accru de contracter et de propager une maladie infectieuse.

Sources :

Observations du personnel de l'unité de l'éclosion.

Note de recommandations sur le port du masque en interne.

Entretien avec le gestionnaire de la PCI, l'IAA et le PSSP.

Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif. Ministère de la Santé. Entrée en vigueur : avril 2024

[000729]

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 012 Ordre 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

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

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

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

A) Former tous les PSSP travaillant dans une unité donnée aux différents produits d'hygiène des mains et aux exigences en matière d'hygiène des mains des personnes résidentes et du personnel pendant le service des repas, y compris les exigences du personnel pour aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas, conformément aux normes de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

B) Réaliser des vérifications de l'hygiène des mains afin de s'assurer que les personnes résidentes bénéficient d'une aide à l'hygiène des mains avant le service des repas. Effectuer au moins deux fois par semaine des vérifications auprès d'une unité donnée. Les vérifications doivent être réalisées lors de journées distinctes, en alternant différents repas (par exemple, déjeuner, dîner et souper). Les vérifications seront effectuées jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis respecte le présent ordre.

C) Prendre des mesures correctives pour remédier aux manquements du personnel en matière d'hygiène des mains, tels qu'ils ont été déterminés lors des vérifications.

D) Conserver des archives écrites de tout ce qui est exigé aux étapes A, B et C du présent ordre de conformité, y compris une copie de la formation dispensée, des personnes qui y ont assisté avec les dates et les heures, ainsi que le nom de la personne qui a dispensé la formation, une copie des vérifications réalisées, ainsi que le nom de la personne qui les a effectuées, les dates et les heures des vérifications, l'unité et le repas ayant fait l'objet de la vérification. Les dossiers écrits des étapes A, B, C doivent être tenus jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'une norme ou d'un protocole émis par le directeur ou la directrice en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, en particulier le paragraphe 10.4 (h) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Le paragraphe 10.4 (h) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que le programme d'hygiène des mains permet aux personnes résidentes de se laver les mains avant de recevoir les repas et les collations et après être allées aux toilettes.

Lors de l'observation du service des repas dans une salle à manger donnée, une personne résidente a été vue alors qu'elle entrait dans la salle à manger sans être aidée avec l'hygiène de ses mains, trois personnes résidentes ont été observées en train d'être poussés dans la salle à manger et n'ont pas été aidées avec l'hygiène de leurs mains. Une personne résidente a été observée près du poste de soins infirmiers en train de prendre une collation, elle a quitté la salle à manger et est revenue pour manger, mais elle n'a pas été aidée à se laver les mains. Une personne résidente a été observée en train d'être poussée dans la salle à manger et n'a pas été aidée à se laver les mains avant que le repas ne soit servi.

Lors de l'observation du service des repas dans une salle à manger donnée, il a été constaté qu'une PSSP aidait une personne résidente avec l'hygiène de ses mains en utilisant une lingette de marque Certainty et qu'une PSSP aidait deux personnes résidentes avec l'hygiène de leurs mains en utilisant des lingettes nettoyantes et désinfectantes de surface.

Lors d'un entretien avec une personne résidente, il a été confirmé qu'elle ne recevait pas d'aide pour l'hygiène de ses mains avant de se voir servir son repas.

Lors d'un entretien avec le gestionnaire de la PCI, il a été confirmé que l'on attendait du personnel qu'il aide toutes les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas. Il a été précisé que les lingettes de marque Certainty ne devaient être utilisées que lorsque les mains d'une personne étaient visiblement souillées, puis suivies par du désinfectant pour les mains à base d'alcool, et qu'elles ne devaient pas être utilisées comme un remplacement puisqu'elles ne contiennent pas d'alcool. Il a été confirmé qu'il existe des lingettes qui peuvent être utilisées à la place d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool pour les personnes résidentes qui ont des difficultés à se laver les mains, mais ces lingettes ne sont pas les mêmes que les lingettes nettoyantes et désinfectantes observées dans la salle à manger.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que toutes les personnes résidentes bénéficient d'une assistance pour l'hygiène des mains avant le service des repas a exposé les

personnes résidentes à un risque accru de contracter une maladie infectieuse.

Sources :

Observations du personnel dans une salle à manger donnée.

Entretien avec une personne résidente et le gestionnaire de la PCI.

Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère, septembre 2023.

[000729]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 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 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<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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

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'une inspectrice ou 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<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**

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

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

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)

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).