

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, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 janvier 2025.

Numéro d'inspection : 2024-1301-0007

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : The Glebe Centre Incorporated

Foyer de soins de longue durée et ville : Glebe Centre, Ottawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7, 8, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25 et 26 novembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00131390 – inspection proactive de conformité.

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
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Amélioration de la qualité

Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un non-respect a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a rectifié avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 3 (1) 17 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

17. Le résident a le droit de savoir à la fois qui est responsable de ses soins directs et qui les lui fournit.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le droit de chaque personne résidente de savoir qui est responsable de ses soins directs et qui les lui fournit.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de respecter ses politiques écrites concernant le fait que le personnel doit porter des badges, alors que le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis relative à la tenue vestimentaire (*Dress Policy*) qui indiquait qu'un badge doit être porté en tout temps et être toujours visible.

Plus précisément, un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué à plusieurs reprises que les membres du personnel ne portaient pas de badges pendant le service des repas des personnes résidentes.

Sources : Observations de l'inspectrice, examen de la politique du titulaire de permis relative à la tenue vestimentaire (*Dress Policy*), et entretien avec la directrice générale ou le directeur général (DG).

Le lendemain en novembre 2024, l'inspectrice a observé que ces membres du personnel portaient des badges.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 13 novembre 2024.

Problème de conformité n° 002 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'**alinéa** 85 (3) c) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3). Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés pour l'application de la Loi fussent affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Aux termes du paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés

dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences.

Sources : Observations et entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes était affichée.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 8 novembre 2024.

Problème de conformité n° 003 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de **l'alinéa** 85 (3) r) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3). Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par la Loi fussent affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier la politique relative à l'explication de la protection des dénonciateurs.

Aux termes du paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences.

Sources : Observations et entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué que la politique relative à l'explication de la protection des dénonciateurs était affichée.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 8 novembre 2024.

Problème de conformité n° 004 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **265 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1). Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par la Loi fussent affichés dans le foyer de soins de longue durée, plus précisément, la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Aux termes du paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences.

Sources : Observations, et un entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué que la version en vigueur de politique concernant les visiteurs était affichée.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 8 novembre 2024.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Paragraphe 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 :

a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour la personne résidente. Plus précisément, le programme de soins écrit de la personne résidente ne comportait pas des mesures d'intervention et des stratégies écrites pour gérer sa douleur.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du programme des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles fussent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et d'autre part à ce que ces portes fussent être gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a constaté que la porte de la salle d'entretien ménager dans une aire du foyer déterminée et la porte donnant sur la salle de rangement des articles souillés dans une aire déterminée n'étaient pas verrouillées.

Sources : Observations, entretiens avec la directrice ou le directeur des services de l'environnement, avec un membre du personnel des services d'entretien ménager et des personnes préposées aux services de soutien personnel.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de

la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fenêtre de la chambre d'une personne résidente dans une certaine aire du foyer qui ouvrait sur l'extérieur et à laquelle avaient accès les personnes résidentes ne pût pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Source : Observations par l'inspectrice et la directrice ou le directeur des services de l'environnement, et entretien avec la directrice ou le directeur des services de l'environnement.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la

disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

A. Le titulaire de permis n'a pas veillé, à l'issue de l'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur, à ce que le dossier consignait l'évaluation inclût la date de l'évaluation et la date de la mise en œuvre des modifications apportées au programme.

Source : Évaluation du programme de gestion de la douleur du Glebe Center (*The Glebe Center Program Evaluation, Pain Management*) et entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du programme des services infirmiers. [742406]

B. Le titulaire de permis n'a pas veillé, à l'issue de l'évaluation annuelle du programme de gestion des soins de la peau et des plaies, à ce que le dossier consignait l'évaluation inclût la date de l'évaluation et la date de la mise en œuvre des modifications apportées au programme.

Source : Évaluation du programme de gestion de la douleur du Glebe Center (*The Glebe Center Inc. Program Evaluation, Pain Management*) et entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du programme des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la Norme de PCI délivrée par le directeur relativement au recyclage annuel donné au personnel en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) et concernant tout particulièrement :

- a) l'hygiène des mains;
- b) les modes de transmission des infections;
- c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;
- d) l'étiquette respiratoire;
- e) les mesures à prendre en cas de symptômes de maladie infectieuse;
- f) les pratiques de nettoyage et de désinfection;
- g) l'utilisation de l'équipement de protection individuelle, y compris les techniques appropriées de port et de retrait;
- h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Conformément aux paragraphes 82 (1) et (4) de la LRSLD (2021) tout le personnel doit avoir un recyclage dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Conformément au paragraphe 259 (2). du Règl. de l'Ont. 246/22, la formation et le recyclage en PCI doivent inclure les huit éléments de PCI susmentionnés.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la ou le responsable de la PCI fasse le suivi de l'achèvement de toutes les formations en PCI pour une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et pour une infirmière

ou un infirmier autorisé (IA); comme cela est requis par l'exigence supplémentaire 7.3 aux termes de la norme de PCI.

La ou le responsable de la PCI n'a pas pu faire la preuve de la formation en PCI dans le processus de suivi de la formation en vigueur chez Surge Learning et de la formation en cours d'emploi pour la PSSP et pour une ou un IA. Les dossiers de formation en cours d'emploi et le rapport de situation de l'enseignement de Surge Learning à compter de 2023 et jusqu'à un jour de novembre 2024 n'incluaient pas de la formation pour la PSSP concernant le mode de transmission, l'étiquette respiratoire et la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Les dossiers de formation en cours d'emploi et le rapport de situation de l'enseignement de Surge Learning à compter de 2023 et jusqu'à un jour de novembre 2024 n'incluaient pas de la formation pour une ou un IA concernant le mode de transmission, les signes et symptômes des maladies infectieuses; l'étiquette respiratoire, les mesures à prendre en cas de symptômes de maladie infectieuse, et la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Sources : Examen du suivi de la formation en PCI pour la PSSP et pour une ou un IA, et entretiens avec la ou le chef de la PCI, la ou le responsable des services de l'environnement, la PSSP et une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

LRS LD (2021).

Non-respect **de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9). Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé, au cours de chaque quart de travail, à ce que les symptômes d'infection fussent surveillés et consignés pour une personne résidente quand elle présentait des symptômes et était en isolement. Un examen des dossiers cliniques d'une personne résidente symptomatique a confirmé que la documentation de la surveillance des symptômes pendant une période de novembre 2024 indiquait qu'il y avait des entrées manquantes pour la consignation des symptômes pendant plusieurs quarts de travail.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec la ou le chef de la PCI et avec le personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRS LD (2021)

Non-respect **de l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou

dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées fussent entreposées dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué que les substances désignées étaient entreposées dans un bac à narcotiques à l'intérieur d'un chariot à médicaments. Toutefois, on remarquait que le bac à narcotiques contenait des substances désignées, et que le chariot à médicaments n'était pas verrouillé dans l'endroit du foyer déterminé.

Sources : Observations et entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'article 139.1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les endroits où sont entreposés

des médicaments fussent gardés verrouillés en tout temps quand ils n'étaient pas utilisés. Un jour de novembre 2024, l'inspectrice a remarqué que la porte de la salle des médicaments d'une aire déterminée du foyer était maintenue ouverte sans qu'un membre du personnel autorisé fût présent. On remarquait des personnes résidentes à proximité de la salle des médicaments.

Sources : Observations et entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), et avec une ou un IAA.

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

Problème de conformité n° O13 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **148 (2) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2). La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

3. La destruction et l'élimination des médicaments d'une manière sûre et respectueuse de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la destruction et à l'élimination des substances désignées d'une manière respectueuse de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Lors d'entretiens, des infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont indiqué qu'ils ou elles versaient les médicaments dans l'évier et jetaient les ampoules et les flacons dans le

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, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

collecteur pour objets piquants et tranchants.

Sources : Observation de la salle des médicaments, entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), et des infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA).