

**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 modifié Page couverture (M1)

**Date de publication du rapport modifié** : 27 juillet 2023**Date de publication du rapport original** : 19 juillet 2023**Numéro d'inspection** : 2023-1040-0003 (M1)**Type d'inspection** :

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

**Titulaire de permis** : Caessant Care Nursing and Retirement Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville** : Caessant Care Bourget**Modifié par**

Mark McGill (733)

**Signature numérique de l'inspecteur qui a  
modifié le rapport****Mark J McGill**  signé numériquement par Mark J

McGill

Date : 2023.07.31 14:53:00 -04'00'

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

corriger une erreur numérique dans l'avis écrit de non-conformité n° 002 qui se lisait sous-disposition 268 (4) ix du Règl. de l'Ont. 246/22. Elle a été corrigée et se lit sous-disposition 268 (4) 1. ix 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, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public modifié (M1)

**Date de publication du rapport modifié :** 27 juillet 2023

**Date de publication du rapport original :** 19 juillet 2023

**Numéro d'inspection :** 2023-1040-0003 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

**Titulaire de permis :** Caressant Care Nursing and Retirement Homes Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Caressant Care Bourget, Bourget

**Inspecteur principal**

Mark McGill (733)

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Lisa Kluke (000725)

Maryse Lapensee (000727)

**Modifié par**

Mark McGill (733)

**Signature numérique de l'inspecteur qui a modifié le rapport**

**Mark J McGill**

signé numériquement par Mark J McGill  
Date : 2023.07.31 14:53:34 -04'00'

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

corriger une erreur numérique dans l'avis écrit de non-conformité n° 002 qui se lisait sous-disposition 268 (4) ix du Règl. de l'Ont. 246/22. Elle a été corrigée et se lit sou-disposition 268 (4) 1. ix du Règl. de l'Ont. 246/22.

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 16, et le 19 juin 2023

Les éléments suivants ont été inspectés :

Plaintes ayant trait à des comportements réactifs :

- n° 00020185 et n° 00020316

Incidents critiques ayant trait à une perte de services essentiels :

**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

- n° 00022491, RIC n° 1160-000005-23 et n° 00084640, RIC n°1160-000006-23

Incident critique ayant trait à la prévention et à la gestion des chutes :

- n° 00088549, RIC n° 1160-000011-23

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

- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

### AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

**Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que son système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air et son réseau de canalisations d'incendie pour le comble au-dessus du deuxième étage de l'unité des personnes résidentes fussent entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**Justification et résumé :**

Lors de deux dates de mars 2023, le foyer a soumis un rapport d'incident critique pour chaque cas où son système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air et son réseau de canalisations d'incendie n'étaient pas connectés en raison d'une fuite dans leur circuit de tuyautage.

La ou le chef de l'entretien du foyer a indiqué que ce système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air et ce réseau de canalisations d'incendie étaient vieux et en mauvais état. La ou le chef de l'entretien a indiqué que les canalisations d'incendie de cette installation d'extincteurs automatiques avaient été fréquemment réparées, toutefois dès qu'une zone était réparée, une autre fuite survenait souvent au printemps et à l'automne de chaque année.

**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

La directrice générale ou le directeur général a indiqué que ce même système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air était devenu inutilisable à cinq reprises depuis mars 2023. Le foyer a mis en œuvre une marche à suivre de repérage des incendies pendant 55 jours durant cette période en raison des fuites dans les canalisations des extincteurs automatiques à eau. La directrice générale ou le directeur général a indiqué que ce système de canalisations des extincteurs automatiques à eau doit être remplacé, car il est fréquemment en mauvais état.

Par conséquent, le système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air et le réseau de canalisations d'incendie du comble sont en mauvais état. Ce mauvais état entraîne souvent la mise hors service du système, ce qui oblige la compagnie Georgian Bay Sprinkler à fermer l'installation d'extincteurs automatiques et à faire des appels pour informer le service des pompiers de la localité.

Il y avait un risque et un préjudice éventuels découlant du fait que le système de sécurité incendie était inutilisable à maintes reprises dans le foyer, ce qui obligeait le personnel infirmier autorisé à délaissier ses tâches pour effectuer les tâches d'inspection requises toutes les heures en qualité de personnel de surveillance incendie.

**Sources :** Entretien avec la directrice générale ou le directeur général et avec la ou le chef de l'entretien; examen des dossiers du Système de rapport d'incidents critiques. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

### **Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 90 (1) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de respecter la politique et la marche à suivre relative au processus en cas de défaillance d'une installation d'extincteurs automatiques quand le foyer doit arrêter son système d'extincteurs à eau du type sprinkleur sous air du comble du deuxième étage en raison de fuites dans les tuyaux.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller, en application du paragraphe 90 (1) de la LRSLD 2021, à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements. Le paragraphe 268 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 indique, à l'article plans de mesures d'urgence, que le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient consignés dans un dossier, et la sous-disposition 268 (4) 1. ix du Règl. de l'Ont. 246/22 mentionne les articles ayant trait aux services essentiels. Une défaillance de gicleur d'incendie serait considérée comme un service essentiel pour le foyer eu égard à la sécurité incendie.

**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

**Justification et résumé :**

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique et la marche à suivre du titulaire de permis consistant à remplir une feuille de journal appelée registre de surveillance incendie pour indiquer la date, l'heure, la personne qui effectue la surveillance, les endroits faisant l'objet de la surveillance et les commentaires. Cette marche à suivre indiquait en outre que la personne assignée à la surveillance incendie doit patrouiller dans les aires du bâtiment toutes les 15 minutes et effectuer une inspection horaire du foyer, et que cette inspection doit être documentée toutes les heures.

Le titulaire de permis a soumis des rapports d'incident critique lors de deux dates de mars 2023 concernant une défaillance ou une panne d'un système de gicleurs d'incendie principal ou d'une canalisation d'incendie principale qui avait une fuite trouvée dans le système, car le compresseur fonctionnait plus fréquemment et qu'il avait fallu arrêter le système d'extincteurs à eau du type sprinkleur. Un rapport d'incident critique indiquait que le système d'extincteurs à eau du type sprinkleur du foyer n'avait été remis en service que quelques semaines plus tard. Un autre rapport d'incident critique a été soumis par le foyer entre deux dates de mars; il indiquait que le même système d'extincteurs à eau du type sprinkleur était hors service, car il y avait une autre nouvelle fuite dans les tuyaux.

La directrice générale ou directeur général (DG) a fourni la politique et la marche à suivre du titulaire de permis à respecter quand leur système d'extincteurs à eau du type sprinkleur était inutilisable. Ce document était intitulé « *Sprinkler Failure Process* » *Caressant Care Nursing and Retirement Homes Ltd. Policy ID # LTC-EMER-S1-80.0* (processus en cas de panne des gicleurs — Caressant Care Nursing and Retirement Homes Ltd. Politique ID n° LTC-EMER-S1-80.0), réexaminée pour la dernière fois le 15 août 2022. La ou le DG a déclaré qu'il s'agissait d'une politique et d'une marche à suivre figurant dans le plan de mesures d'urgence du foyer. Cette politique indiquait qu'un registre de surveillance incendie doit documenter la date, l'heure, la personne qui a effectué la surveillance, les aires faisant l'objet de la surveillance et les commentaires, toutes les heures pendant que le système d'extincteurs à eau du type sprinkleur est inutilisable.

Lors de l'examen des documents du registre de surveillance incendie pour les premier et deuxième étages du foyer, on a déterminé que plusieurs dates et heures n'étaient pas indiquées pour ces périodes.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué que les membres du personnel infirmier autorisé sont les personnes affectées à la surveillance incendie dans le foyer. La ou le DSI a indiqué que la ou les personnes affectées à la surveillance incendie doivent vérifier tous les endroits du foyer, y compris le comble quand un gicleur ne fonctionne pas, conformément à la politique du foyer.

**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

La ou le DG a déclaré que, lorsque le registre de surveillance incendie n'est pas documenté, cela indiquerait que l'inspection horaire des unités réservées aux personnes résidentes et du comble n'avait pas été effectuée comme l'exige la politique du foyer.

Par conséquent, il y avait un risque et un préjudice éventuel détecté lorsque les inspections de surveillance incendie n'avaient pas été effectuées ni documentées pour veiller à la sécurité des personnes résidentes et du personnel quand le réseau d'incendie était inutilisable dans ces cas-là.

**Sources :** Deux rapports d'incident critique, entretiens avec les personnes suivantes : directrice générale ou directeur général, directrice ou directeur des soins infirmiers, chef de l'entretien; observations des endroits faisant l'objet de l'inspection de surveillance incendie, examens des fiches du cartable de ressources de la ou du responsable de garde, des documents du registre de surveillance incendie, de la politique et de la marche à suivre. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et gestion des chutes**

### **Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de gestion des chutes soit respecté.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu d'avoir un programme de gestion des chutes pour diminuer l'incidence des chutes et le risque de blessure, et ce programme doit être respecté.

### **Justification et résumé**

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la marche à suivre relative à la gestion post-chute, qui était incluse dans le programme de gestion des chutes du titulaire de permis, et qui était en vigueur lorsque la personne résidente est tombée.

La politique relative à la gestion des chutes indiquait, à la section intitulée gestion post-chute, que le personnel autorisé doit :

n° 1. Entreprendre une évaluation dans le cadre d'une enquête post-chute au chevet de la personne résidente (pour toutes les chutes avec et sans témoin), puis transcrire les constatations dans le document d'enquête post-chute dans PointClickCare (PCC). L'outil d'évaluation électronique guidera l'évaluation de la personne résidente (voir dans PCC le document intitulé évaluation dans le cadre d'une enquête post-chute).

**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

n° 2. Effectuer un examen de routine pour traumatisme crânien pour une chute avec témoin comportant un traumatisme crânien et pour toutes les chutes sans témoin (voir les documents intitulés marche à suivre pour un examen de routine pour traumatisme crânien, et formulaire d'examen de routine pour traumatisme crânien — signes vitaux neurologiques).

Le dossier médical d'une personne résidente indiquait que deux évaluations en lien avec la prévention et la gestion des chutes n'avaient pas été effectuées.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a confirmé que l'on avait considéré que l'incident constituait une chute sans témoin, et que l'on n'avait effectué aucune évaluation post-chute.

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé ne pas avoir effectué d'évaluation dans le cadre d'une enquête post-chute, ni d'évaluation neurologique des signes vitaux en cas de traumatisme crânien.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, marche à suivre relative à la gestion post-chute (mai 2023) et entretien avec la ou le DASI et une ou un IA.  
[000727]

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

### **Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le directeur fût informé, dans le délai imparti, de l'incident qui avait occasionné une ecchymose et de la douleur à une personne résidente. La personne résidente a été transportée à un hôpital, ce qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a été envoyée à un hôpital à une date déterminée, car elle ressentait de la douleur et avait une ecchymose. La personne résidente a subi une intervention chirurgicale à une date déterminée peu après son arrivée à l'hôpital, et est revenue au foyer plusieurs jours plus tard. Le rapport d'incident critique a été soumis cinq jours après son retour au foyer.

**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

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé avoir fait rapport de l'incident en retard. Il ou elle a déclaré que l'hôpital les avait informés de la fracture huit jours avant que le rapport d'incident critique fût soumis.

**Source :** Rapport d'incident critique, dossier médical de personnes résidentes et entretien avec la ou le DSI.

[000727]