

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Rapport public initial**

<b>Date d'émission du rapport : 4 juin 2024</b>	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1150-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte	
<b>Titulaire de permis :</b> CVH (No. 6) LP by its general partner, Southbridge Care Homes (a limited partnership, by its general partner, Southbridge Health Care GP Inc.)	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> The Palace, Alexandria	
<b>Inspecteur principal</b> Heath Heffernan (622)	<b>Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Mark McGill (733) Kelly Boisclair-Buffam (000724)	

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7-10, 14-17, 21 et 22 mai 2024.

L'inspection concernait :

- un registre relatif à une plainte : n° 00111875 ayant trait à des soins et à des services fournis à une personne résidente, à la prévention et au contrôle des infections, à la prévention et à la gestion des chutes.
- un registre relatif à une plainte : n° 00114112 – ayant trait aux soins et aux services fournis à une personne résidente.

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

- Soins liés à l'incontinence
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections

**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

Droits et choix des résidents  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente relatif au programme de soins en matière de sommeil et de repos établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Un examen du plus récent programme de soins et des documents du kardex dans le logiciel PointClickCare indiquait que la personne résidente préférait se lever à une heure déterminée le matin.

Un examen des documents d'affectation des personnes préposées aux services de soutien personnel aux personnes résidentes indiquait que le moment assigné au personnel pour lever la personne résidente ne correspondait pas à son choix figurant dans son programme de soins et dans son kardex concernant son sommeil et son repos.

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622, à une date de mai 2024, la personne résidente a déclaré que le personnel la levait chaque matin à une heure différente de celle spécifiée dans le programme de soins et le kardex.

En ne fournissant pas des directives claires dans le programme de soins de la personne résidente relatif au sommeil et au repos, on a fourni à la personne résidente des soins qui étaient contraires à l'évaluation de ses besoins et de ses souhaits.

**Sources :** Examen du programme de soins et des documents du kardex de la personne résidente et entretien avec la personne résidente.  
[622]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de la disposition 6 (g) 2 de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les résultats des tendances de facilitation des selles d'une personne résidente fussent documentés.

**Justification et résumé :**

On a examiné ce qui suit : programme de soins d'une personne résidente, formulaire des liants intestinaux, registre d'administration des médicaments (RAM) et Documentation Survey Report dans l'interface Point of Care (POC).

Le programme de soins indiquait que la personne résidente avait des interventions en place pour son programme de gestion de l'incontinence. Le RAM de la personne résidente indiquait qu'elle avait recours à de multiples interventions pharmaceutiques.

Une évaluation du Documentation Survey Report dans l'interface Point of Care (POC) effectuée sur une période de trois mois en 2024 indiquait qu'il manquait

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

vingt-quatre entrées aux rubriques Élimination, Continence et Soins en matière d'élimination.

- Un examen plus approfondi de la politique du titulaire de permis n° RC-14-01-01 intitulée politique relative au programme de gestion de l'incontinence (*Continence Management Program Policy*) spécifiait au point n° 6 de la page 3 de 5 que tout le personnel devait remplir toute la documentation pertinente et requise.

Le 21 mars 2024, des entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé (IA), une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), ont confirmé que l'on s'attendait à ce que les PSSP remplissent intégralement leur documentation dans le POC concernant les tendances d'élimination et d'incontinence de la personne résidente. La ou le DSI a également confirmé que l'on s'attendait à ce que les PSSP remplissent la documentation dans le POC conformément au programme de gestion de l'incontinence du titulaire de permis, et la ou le DSI a reconnu avoir trouvé de multiples entrées manquantes. Un échange de vues avec une PSSP le 22 mars 2024 a également confirmé que l'on s'attendait à ce que l'on remplisse dans le POC toute la documentation concernant les tendances d'élimination de la personne résidente.

Ainsi, ne pas remplir dans l'interface POC la documentation des rubriques Élimination, Incontinence et Soins en matière d'élimination pour la personne résidente pouvait accroître le risque qu'elle souffre de constipation ou de diarrhée graves.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente, documentations dans l'interface POC sous les rubriques Élimination, Incontinence et Soins en matière d'élimination, et RAM, politique du titulaire de permis RC-14-01-01 intitulée politique relative au programme de gestion de l'incontinence (*Continence Management Program Policy*), entretiens avec une ou un IA, des PSSP et la ou le DSI. [000724]

**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

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

1) Le titulaire de permis a omis de respecter la marche à suivre du programme de prévention et de gestion des chutes pour inspecter et retirer avant utilisation toute toile de lève-personne mécanique qui présente des imperfections déterminées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer n° RFC-02-13 intitulée politique relative aux lève-personnes et transferts des personnes résidentes (*Resident Lifts and Transfers Policy*) créée en avril 2024, et les lignes directrices d'inspection visuelle des toiles (*Visual Sling Inspection Guidelines*).

### **Justification et résumé**

Un examen de la politique du titulaire de permis n° RFC-02-13 intitulée : politique relative aux lève-personnes et aux transferts des personnes résidentes (*Resident Lifts and Transfers Policy*), créée en avril 2024, indiquait que les toiles des lève-personnes devaient être inspectées par la PSSP avant chaque utilisation.

## Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Un examen des lignes directrices d'inspection visuelle des toiles (*Visual Sling Inspection Guidelines*) indiquait que les toiles des lève-personnes mécaniques devaient être vérifiées pour s'assurer qu'elles n'avaient pas d'étiquettes illisibles ou manquantes. Les étiquettes vierges ou manquantes étaient l'indice d'un usage et d'un lavage fréquents et pouvaient également indiquer une exposition à de l'eau de Javel. Sans étiquette lisible, on ne pouvait pas déterminer la charge utile sécuritaire de la toile du lève-personne mécanique. Si l'on détecte ou soupçonne toute imperfection, retirer du service la toile du lève-personne mécanique et la remettre à la superviseuse ou au superviseur.

Le 17 mai 2024, l'inspecteur 622 a remarqué deux toiles de lève-personne mécanique au deuxième étage, l'une sans étiquette, et l'autre avec une étiquette qui était illisible, les deux lève-personnes mécaniques étaient en circulation pour être utilisés.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622 le 17 mai 2024, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré avoir observé des toiles de lève-personnes mécaniques qui avaient des problèmes d'étiquettes usées ou que l'on ne parvenait pas à lire et qui n'avaient pas été retirées du service.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622 le 21 mai 2024, une aide à la mise en service/superviseuse ou superviseur de projet chargé des vérifications et du suivi des toiles de lève-personnes mécaniques a déclaré que, si une étiquette de toile de lève-personne mécanique était manquante ou illisible, on devait retirer la toile de la circulation et la remplacer.

Ne pas respecter les marches à suivre pour contrôler l'état des toiles des lève-personnes mécaniques et procéder au retrait de toute toile de lève-personnes mécaniques ayant des imperfections déterminées, augmentait le risque de chutes et de blessure des personnes résidentes lors des transferts avec des lève-personnes mécaniques.

**Sources :** Examen de la politique du titulaire de permis n° RFC-02-13, des lignes directrices d'inspection visuelle des toiles (*Visual Sling Inspection Guidelines*); observation de l'état des toiles des lève-personnes mécaniques; entretien avec une PSSP et un autre membre du personnel.

[622]

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

2) Le titulaire de permis n'a pas respecté la marche à suivre du Programme de prévention et de gestion des chutes pour veiller à ce que tous les fauteuils roulants aient les freins serrés quand ils ne sont pas utilisés.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis n° RC-15-01-01 – prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en mars 2023.

**Justification et résumé**

Un examen de la politique du titulaire de permis RC-15-01-01 – prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en mars 2023 indiquait que l'on devait utiliser et mettre en œuvre certaines précautions universelles en prévention des chutes pour toutes les personnes résidentes, et notamment pour l'utilisation des freins de fauteuil roulant.

Les 14 et 15 mai 2024, l'inspecteur 622 a observé plusieurs fauteuils roulants qui n'étaient pas utilisés, stationnés le long du côté gauche du couloir du deuxième étage avec les freins en position « off ». Lors de chaque observation, il y avait des personnes résidentes qui flânaient dans le couloir en passant devant les fauteuils roulants.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622 le 15 mai 2024, une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a reconnu que d'après le programme de prévention des chutes, les freins doivent toujours être serrés quand les fauteuils roulants ne sont pas utilisés.

Ne pas respecter les marches à suivre pour veiller à ce que les freins des fauteuils roulants qui ne sont pas utilisés fussent serrés, augmentait le risque de chutes et de blessures pour les personnes résidentes.

**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

**Sources :** Examen de la politique du titulaire de permis : RC-15-01-01, des programmes de soins de personnes résidentes, et observation des fauteuils roulants stationnés.  
[622]

**AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des services d'entretien ménager fussent fournis dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, selon lequel le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant le nettoyage du plancher d'une salle de bains d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

Lors de multiples observations à une date de mai 2024, le plancher de la salle de bains d'une personne résidente était demeuré souillé pendant quatre heures.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622 à une date de mai 2024, la ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que la marche à suivre de l'entretien ménager pour le nettoyage du plancher de la salle de bains de la personne résidente devait inclure le nettoyage quotidien prévu, plus des directives non écrites aux aides-ménagères ou aux aides-ménagers pour effectuer une surveillance et un nettoyage supplémentaires durant la journée s'ils avaient le temps.



**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des 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, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Ne pas veiller à ce que la marche à suivre pour nettoyer le plancher de la salle de bains d'une personne résidente fût élaborée et mise en œuvre a accru le risque que le plancher de la salle de bains demeure souillé.

**Sources :** Observations du plancher de la salle de bains d'une personne résidente, et entretiens avec la ou le responsable des services de l'environnement et avec un autre membre du personnel.

[622]