

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

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 17 juin 2024	
Date d'émission du rapport d'origine : 16 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1367-0003 (A1)	
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. en tant que partenaire général au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : Garden Terrace, Kanata	
Modifié par Pamela Finnikin (720492)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport Pamela Finnikin (720492)

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Modifications apportées au rapport :

Le problème de conformité n° 001 rectifié a été modifié pour refléter les mesures correctives déclarées par l'administrateur après qu'une non-conformité ait été relevée à une date précise en avril 2024. Cette non-conformité a été jugée comme corrigée par l'inspecteur n° 740785 le jour suivant, en avril 2024. Le problème de conformité n° 004 – avis écrit, a été modifié pour refléter l'année exacte du rapport de 2022 sur l'amélioration constante de la qualité 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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 17 juin 2024	
Date d'émission du rapport d'origine : 16 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1367-0003 (A1)	
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. en tant que partenaire général au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : Garden Terrace, Kanata	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Pamela Finnikin (720492)	Autres inspectrices ou inspecteurs Severn Brown (740785)
Modifié par Pamela Finnikin (720492)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Modifications apportées au rapport :

Le problème de conformité n° 001 rectifié a été modifié pour refléter les mesures correctives déclarées par l'administrateur après qu'une non-conformité ait été relevée à une date précise en avril 2024. Cette non-conformité a été jugée comme corrigée par l'inspecteur n° 740785 le jour suivant, en avril 2024. Le problème de conformité n° 004 – avis écrit, a été modifié pour refléter l'année exacte du rapport de 2022 sur l'amélioration constante de la qualité du foyer.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 12 et du 15 au 17 avril 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00113111 – inspection proactive de conformité

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

Admission, absences et congés

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

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Gestion de la douleur (Pain Management)
Prévention de maltraitance et de négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Amélioration de la qualité
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

RÉSULTATS MODIFIÉS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur était satisfait que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Cas de non-conformité n° 001 – rectification réalisée conformément au par. 154(2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 265(1) 10.

Affichage des renseignements

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 la dernière version de la politique du foyer à l'égard des visiteurs soit affichée dans le foyer.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer effectuée par l'inspecteur n° 740785 en avril 2024, ce dernier n'a pas constaté que la politique du foyer à l'égard des visiteurs était affichée dans le foyer dans un endroit bien en vue accessible aux résidents et aux visiteurs. L'inspecteur a confirmé auprès du chef de bureau que la politique du foyer à l'égard des visiteurs n'était pas affichée. L'administrateur a confirmé que la politique du foyer à l'égard des visiteurs n'était pas affichée dans le foyer à la date précise d'avril 2024. Il a en

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

outre déclaré que la politique du foyer à l'égard des visiteurs avait immédiatement été affichée dans le foyer après que l'inspecteur n° 740785 l'a avisé.

Le lendemain, l'inspecteur a constaté que la dernière version de la politique du foyer à l'égard des visiteurs était bel et bien affichée dans l'entrée principale du foyer.

Sources : Observations faites sur l'affichage obligatoire dans le foyer en avril 2024 et entretien avec l'administrateur.
[740785]

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 avril 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRS LD (2021).

Non-respect de : LRS LD (2021) al. 6(1) c)

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 du permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour un résident établisse des directives claires à l'égard du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Justification et résumé

Le programme de soins du résident, daté d'avril 2024, indique que le résident doit faire l'objet d'une vérification au moins toutes les deux heures en ce qui concerne les soins liés à l'incontinence. Le fichier à kardex du résident d'avril 2024 indique que le résident doit recevoir des soins liés à l'incontinence au besoin. Le résumé de la documentation du résident d'avril 2024 indique que le résident doit faire l'objet d'une vérification pour les soins liés à l'incontinence à chaque quart de travail. Un PSSP a déclaré que le résident est capable de communiquer s'il a besoin de soins liés à l'incontinence et qu'il n'est pas nécessaire de vérifier son état toutes les deux heures. Une IAA a déclaré que le résident est capable de communiquer avec le personnel en ce qui concerne ses besoins en matière d'incontinence et qu'il n'est pas nécessaire de vérifier son incontinence toutes les deux heures.

En ne veillant pas à ce que le personnel reçoive des directives claires pour le programme de soins du résident, ce dernier risque d'avoir des soins liés à l'incontinence inconstants.

Sources : Programme de soins du résident, fichier à kardex, résumé de la documentation d'avril 2024 et entretiens avec un PSSP et une IAA.

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

[740785]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6 (9) 1.

Programme de soins

par. 6(9) 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 le personnel documente les soins fournis au résident prescrits dans le programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins du résident indique qu'un plan d'aide à l'élimination programmé lui est attribué et que le résident doit aller aux toilettes toutes les deux heures et selon les besoins. Le résumé de la documentation du résident provenant du dossier électronique d'avril 2024 ne contient aucune information pour une date en particulier en avril 2024 sous la rubrique vidange de vessie, vidange intestinale et sur l'utilisation des toilettes pendant deux jours en avril 2024.

Un PSSP a déclaré que le résident avait un horaire d'aide à l'élimination et qu'il fallait faire sa toilette selon cet horaire. L'administrateur a déclaré que dans le cas des résidents bénéficiant d'un programme d'aide à l'élimination, tous les événements associés doivent être consignés dans le dossier électronique du résident.

En ne veillant pas à ce que ces événements soient consignés comme l'exige le programme de soins, l'état d'élimination du résident risque de ne pas être communiqué aux autres membres du personnel, ce qui expose le résident à un risque de soins sous-optimaux.

Sources : Le programme de soins du résident et l'examen du dossier électronique d'avril 2024, ainsi que les entretiens avec un PSSP et l'administrateur.

[740785]

AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins

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

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

Non-respect de : LRSLD (2021) par. 43 (1)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Sauf directive contraire du ministre, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un sondage soit réalisé, au moins une fois par année, auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, services, programmes et biens qui y sont fournis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un sondage sur l'amélioration constante de la qualité soit réalisé auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs de soins en 2022.

Justification et résumé

L'inspecteur n° 740785 n'a pas reçu, sur demande, une copie des résultats du sondage sur l'amélioration constante de la qualité réalisé auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs. L'administrateur, qui est le responsable désigné de l'ACQ du foyer, a déclaré qu'aucun sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins n'avait été mené en 2022.

En ne veillant pas à ce qu'un sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins ait été mené en 2022, les résidents, les familles et les fournisseurs de soins risquent de ne pas avoir eu la possibilité de communiquer leur niveau de satisfaction à l'égard du foyer et des soins, des services, des programmes et des biens fournis au foyer.

Sources : Communication électronique avec l'administrateur en avril 2024 et entretien avec l'administrateur.

[740785]

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 12(1) 3.

Portes dans le foyer

par. 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 à ce que toutes les portes menant aux aires non destinées aux résidents soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

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

En avril 2024, l'inspecteur n° 740785 a constaté qu'une porte située au rez-de-chaussée et accessible aux résidents, désignant la « salle de lutte contre l'incendie », était partiellement ouverte, sans surveillance de la part d'un membre du personnel, et qu'elle n'était pas munie d'une serrure.

L'administrateur a déclaré que la porte de la salle de lutte contre l'incendie doit rester fermée à clé et qu'il s'agit d'une zone réservée aux non-résidents.

En ne veillant pas à ce que la porte d'une zone réservée aux non-résidents reste fermée et verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée, les résidents ont été exposés à un risque de piégeage et de blessures potentielles.

Sources : Observation de la salle de lutte contre l'incendie en avril 2024 et entretien avec l'administrateur.

[740785]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis en vertu de la LRSLD (2021), al. 154(1)1

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 74 (2) a)

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

En tant que programme obligatoire, le Règl. de l'Ont. 246/22 al. 74 (2) a) exige que le titulaire de permis ait un programme de soins alimentaires, de services diététiques et d'hydratation comprenant des programmes et des procédures élaborés et mis en œuvre au sein du foyer pour répondre aux besoins nutritionnels quotidiens des résidents.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 stipulant que si la Loi ou le Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait une politique ou une stratégie en place, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce qu'elle soit respectée.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée « Mesures correctives en cas de plage de températures dangereuse » (n° NC-FS-4.8 (révisée le 14 septembre 2022) qui fait partie du programme de soins alimentaires et de services diététiques du titulaire de permis.

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

Justification et résumé

La politique n° NC-FS-4.8 – Mesures correctives en cas de plage de températures dangereuse révisée le 14 septembre 2022 indique à la page 1 que les températures doivent être relevées et consignées sur la feuille de production à trois étapes différentes afin de garantir la salubrité des techniques de manipulation des aliments.

L'examen des registres de température des unités est et ouest du deuxième étage confirme que les températures du déjeuner n'ont pas été relevées à une date précise en avril 2024.

Un entretien avec le responsable de la nutrition a confirmé que les relevés de température pendant les services de repas sont obligatoires conformément à la politique et que cela n'a pas été fait pour le déjeuner au deuxième étage des unités est et ouest à une date précise en avril 2024.

En n'enregistrant pas la température des aliments, le titulaire de permis ne dispose pas de documents attestant que les résidents ont reçu des aliments sains et savoureux.

Sources : La politique n° NC-FS-4.8 – Mesures correctives en cas de plage de températures dangereuse, des observations et les registres de température, ainsi qu'un entretien avec le responsable de la nutrition et d'autres personnes.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRS LD (2021).

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 79(1) 5.

Service de repas et de collations

par. 79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Les aliments et les liquides sont servis à une température sécuritaire et agréable pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de repas et de collations comprenant des aliments et des liquides servis à une température sécuritaire et agréable pour les résidents.

Justification et résumé

En avril 2024, l'inspectrice n° 720492 a observé le personnel de l'unité est du deuxième étage en train de servir à des résidents du Jell-O congelé comme dessert à l'heure du dîner et expliquer à la famille et aux résidents que le Jell-O était congelé avant d'être servi.

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 en avril 2024, le résident a avisé l'inspecteur n° 740785 que le Jell-O avait été servi congelé à l'heure du dîner le même jour. Le résident a également déclaré que les préoccupations des résidents concernant les desserts glacés ont été portées à la connaissance de l'équipe de direction lors de la réunion du conseil des résidents du 28 mars 2024.

Le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents du 28 mars 2024 a été examiné par l'inspecteur n° 740785 et les préoccupations concernant les desserts tels que le Jell-O servi congelé aux résidents à l'heure des repas y sont consignées.

L'entretien avec le responsable de la nutrition a confirmé que son équipe avait été informée par l'entremise de la réunion du conseil des résidents du fait que des desserts glacés étaient servis aux résidents. Le responsable de la nutrition a déclaré que le personnel est censé vérifier la température de tous les aliments avant de les servir aux résidents, qu'il a été informé des préoccupations exprimées lors de la réunion du conseil des résidents en mars et qu'il n'était pas acceptable de servir du Jell-O congelé à l'heure du dîner à une date précise en avril 2024.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les résidents se voient servir des aliments et des liquides à des températures acceptables a augmenté le risque qu'ils n'apprécient pas les repas ou qu'ils subissent une perte de poids imprévue, ce qui pourrait leur causer des troubles physiques et psychologiques.

Sources : Procès-verbal de la réunion du conseil des résidents du 28 mars 2024, entretiens avec le responsable de la nutrition et les résidents.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8)

Prévention et contrôle des infections

par. 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(8).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participe pleinement à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) du foyer.

Justification et résumé

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

Au cours de la visite initiale du foyer effectuée par l'inspecteur n° 740785 en avril 2024, ce dernier a observé des membres du personnel qui ne portaient pas de masque dans une aire commune pour résidents.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice n° 720492, le responsable du PCI a déclaré que tout le personnel devait porter un masque dans les zones réservées aux résidents. L'administrateur a également déclaré que le personnel doit porter un masque dans toutes les zones réservées aux résidents, y compris le personnel sous contrat avec le foyer.

En ne veillant pas à ce que l'ensemble du personnel participe au PCI du foyer, les résidents courent un risque accru de contracter une maladie transmissible.

Sources : Observation de l'inspecteur et entretien avec le responsable du PCI par l'inspecteur n° 720492 et l'administrateur.

[740785]