

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: 613 569-5602
Facsimile: 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
22 juillet 2021	2021_831211_0011	019165-20, 019682-20, 007498-21	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

CVH (n° 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.)

766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes inc. Cambridge, ON N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

Manoir Marochel
949, route de Montréal, Ottawa ON K1K 0S6

Nom des inspectrices

JOELLE TAILLEFER (211), MANON NIGHBOR (755)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 31 mai 2021, 1^{er}, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 et 14 juin 2021 (sur place) et 8 juillet 2021 (hors site).

**Au cours de cette inspection, les éléments suivants ont été inspectés :
Les registres n° 019682-20 et n° 019165-20 concernant des décès inattendus, et le registre n° 007498-21 concernant une chute.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), ancienne directrice ou ancien directeur intérimaire des soins infirmiers, chef de bureau, chef de programme, chef des services de diététique et de soutien, chef de l'entretien, coordonnatrice ou coordonnateur de l'évaluation des personnes résidentes du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI (coordonnatrice ou coordonnateur du RAI-MDS), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), assistante ou assistant aux services aux personnes résidentes, commis aux soins infirmiers, aides aux activités, membre du personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), et personnes résidentes.

Les inspectrices ont examiné les dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, des feuilles *Manoir Marochel Manor-BSO* (Manoir Marochel — Projet OSTC), des feuilles du registre des présences aux activités, des feuilles du bordereau hebdomadaire de l'emploi du temps, une feuille du système d'observation, des feuilles « Four Point Rounding », le programme de prévention des chutes, le programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, et elles ont observé la fourniture des soins.

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

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

6 AE
4 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins

En particulier concernant ce qui suit :

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 :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

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. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Par. 6. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par.6 (9).**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour les comportements réactifs d'une personne résidente.

Un examen de l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) d'une personne résidente pour un mois donné a révélé qu'elle était identifiée comme manifestant deux comportements réactifs. Lors des deux mois suivants, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait manifesté des comportements réactifs envers plusieurs personnes résidentes différentes.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a déclaré que ces comportements réactifs de la personne résidente n'étaient pas consignés dans son programme de soins actuel.

Ainsi, le programme de soins écrit actuel de la personne résidente n'établissait pas les soins prévus concernant les comportements réactifs de la personne résidente envers ses corésidentes et corésidents.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec la ou le DSI. [Dispositions 6. (1) a)].

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente concernant la supervision par du personnel lui soient fournis tels que le précise le programme.

Un examen de l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) d'une personne résidente pour un mois donné révélait qu'elle manifestait de multiples comportements réactifs. Le programme de soins actuel de la personne résidente mentionnait une intervention pour la tenir occupée.

Les notes d'évolution de la personne résidente sur deux mois indiquaient qu'elle avait été impliquée à plusieurs reprises dans trois cas allégués de comportements réactifs touchant plusieurs corésidents différents. Dans un autre cas, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'un membre du personnel avait dû intervenir pour faire cesser le comportement réactif de la personne résidente, car les corésidents avaient peur de la réaction de la personne résidente.

La ou le chef de programme a déclaré que l'on avait mis en place une supervision de la personne résidente par le personnel depuis le début d'un mois, et il ou elle a fourni des feuilles du registre des présences aux activités qui l'indiquaient. La ou le chef de programme a précisé qu'ils n'avaient pas eu de supervision de la personne résidente par le personnel après une certaine heure pendant les 50 premiers jours. La feuille du bordereau hebdomadaire de l'emploi du temps indiquait qu'un membre du personnel était affecté à la personne résidente pendant des postes de travail donnés et qu'il était fréquemment affecté à la personne résidente pendant d'autres postes de travail. La ou le DSI a déclaré que la personne résidente faisait l'objet d'une supervision dans le cadre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC). Le Projet OSTC s'occupait d'autres personnes résidentes quand un autre membre du personnel avait été affecté à la personne résidente.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'elle avait manifesté des comportements réactifs envers des corésidentes et corésidents comme suit :

– Un jour, la feuille *Manoir Marochel Manor-BSO* (Manoir Marochel — Projet OSTC) indiquait que la personne résidente avait manifesté deux comportements réactifs particuliers envers deux personnes résidentes. La ou le DSI a déclaré que l'incident s'était produit pendant un poste de travail donné, et que la personne résidente était supervisée par un membre du personnel. Lors d'un entretien, le membre du personnel a reconnu avoir supervisé la personne résidente pendant l'incident en question, mais avoir été incapable d'intervenir avant que la personne résidente manifeste un comportement réactif envers l'une des personnes résidentes.

– Le lendemain, un membre du personnel infirmier autorisé avait documenté que la personne résidente avait manifesté un comportement réactif envers une personne résidente. Un membre du personnel a confirmé être le membre du personnel affecté à la supervision de la personne résidente à la date en question. À ce moment-là, la personne résidente était supervisée par une ou un collègue de travail lorsqu'elle avait manifesté un comportement réactif envers une personne résidente.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

- Dix-huit jours plus tard, un membre du personnel infirmier autorisé avait documenté qu'un membre du personnel avait signalé en début de poste de travail que la personne résidente avait manifesté un comportement réactif envers une personne résidente. Le membre du personnel a confirmé être le membre du personnel affecté à la supervision de la personne résidente à la date en question. Il avait observé la personne résidente en train de manifester un comportement réactif envers une personne résidente, mais à ce moment-là le membre du personnel était trop loin pour pouvoir intervenir.
- Cinq jours plus tard, un membre du personnel infirmier autorisé avait documenté qu'une personne résidente avait signalé que la personne résidente avait essayé à plusieurs reprises de manifester un comportement réactif envers elle, mais qu'aucune autre personne n'avait été témoin des incidents. La feuille de l'*Attendance Record Activities* [registre des présences aux activités] indiquait que l'on avait assigné un membre du personnel à la supervision de la personne résidente pendant la période en question.
- Vingt-sept jours plus tard, un membre du personnel infirmier autorisé avait documenté que la personne résidente avait manifesté un comportement réactif envers une personne résidente. La feuille du registre des présences aux activités indiquait que l'on avait assigné un membre du personnel à la supervision de la personne résidente pendant cette période.
- Quatre jours plus tard, un membre du personnel infirmier autorisé avait documenté qu'une personne résidente lui avait dit que la personne résidente avait manifesté un comportement réactif envers elle. La feuille du registre des présences aux activités indiquait que l'on avait assigné un membre du personnel à la supervision de la personne résidente pendant la période en question.

Selon les feuilles du registre des présences aux activités, la ou le chef de programme avait confirmé que la personne résidente faisait l'objet d'une supervision par un membre du personnel quand elle avait manifesté des comportements réactifs envers une personne résidente à deux dates différentes.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la personne résidente pouvait avoir des comportements réactifs envers des corésidentes et corésidents.

Ainsi, l'affectation d'un membre du personnel aux fins de supervision de la personne résidente prévue dans son programme de soins n'a pas été fournie tel que le précisait le programme puisque la personne résidente a été en mesure de manifester des comportements réactifs envers plusieurs personnes résidentes.

Sources : Examen des documents suivants : évaluation MDS d'une personne résidente, notes d'évolution, dossier sur l'administration des médicaments, programmes de soins, rapports d'évolution, feuille *Manoir Marochel Manor-BSO* (Manoir Marochel — Projet OSTC), feuilles du registre des présences aux activités, feuilles du bordereau hebdomadaire de l'emploi du temps; entretiens avec quatre membres du personnel infirmier autorisé, deux PSSP membres du Projet OSTC, une ou un aide aux activités, la ou le DSI et deux personnes résidentes.
[Paragraphe 6. (7)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le contenant d'une personne résidente contienne du liquide, à ce que la personne résidente soit étroitement surveillée, et à ce qu'elle n'ait pas accès à une salle déterminée en tout temps, comme le précisait le programme de soins.

Une personne résidente a été trouvée sur le sol de la salle déterminée, et elle manifestait un état pathologique particulier.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait de veiller à ce qu'elle n'ait pas accès à une salle déterminée, de la surveiller étroitement par des contrôles toutes les 30 minutes, et de lui fournir un contenant particulier pour boire.

Trois membres du personnel ont confirmé que l'une des interventions particulières n'avait pas été mise en place, car ils pensaient qu'elle ne serait pas efficace. Un membre du personnel a déclaré que l'on avait informé la ou le DSI que l'une de ces interventions particulières n'était pas efficace, et qu'il avait reçu la permission de ne pas suivre l'intervention particulière mentionnée dans le programme de soins. Le membre du personnel a déclaré que la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS était au courant de l'inefficacité de cette intervention particulière. Deux membres du personnel ont confirmé que l'on n'avait pas mis en place une des interventions pour la personne résidente. Un membre du personnel ne se souvenait pas si la personne résidente avait eu accès à une autre intervention mise en place. Un autre membre du personnel a déclaré avoir vu la personne résidente aller dans la salle déterminée avant de se rendre dans une autre unité, 15 minutes avant qu'un membre du personnel lui demande de l'aide d'urgence, quand la personne résidente a été découverte. Quand l'un des membres du personnel est arrivé sur les lieux, la personne résidente était sur le sol, dans la salle déterminée et elle était décédée par la suite.

Par conséquent, ne pas se conformer au comportement réactif de la personne résidente et aux interventions, comme le précisait son programme de soins, a permis à celle-ci d'avoir accès à l'endroit déterminé, en lui faisant courir le risque de souffrir d'un état pathologique consécutif à son comportement réactif.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, notes d'évolution, rapport sommaire de congé de l'hôpital, rapport de laboratoires et entretiens avec trois membres du personnel. [Paragraphe 6. (7)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins consistant à utiliser une feuille déterminée du système d'observation pour surveiller les comportements réactifs d'une personne résidente fût documentée.

Un examen d'une feuille du rapport d'évolution de la personne résidente indiquait d'utiliser une feuille déterminée du système d'observation pour surveiller les comportements de la personne résidente.

Lors d'un entretien un certain jour, la ou le DSI a déclaré ne pas être au courant que l'utilisation de la feuille déterminée du système d'observation avait été recommandée quatorze jours auparavant. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a déclaré ne pas avoir trouvé la feuille déterminée du système d'observation recommandée pour surveiller la personne résidente.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins indiquant d'utiliser la feuille déterminée du système d'observation afin de surveiller les comportements réactifs de la personne résidente fussent documentés pendant quatorze jours.

Sources : Examen des feuilles du rapport d'évolution de la personne résidente, et d'une feuille déterminée du système d'observation; entretiens avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI et la ou le DSI. [Dispositions 6. (9) 1.]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 8. (1) Lorsque 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 programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique et sa marche à suivre intitulée *Code Blue Medical Emergency Policy and Procedure* (politique et procédure médicale d'urgence – code bleu) fussent respectées.

LFSLD — par. 87 (1) : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'intention du foyer des plans de mesures d'urgence qui sont conformes aux règlements, notamment : a) des mesures permettant de faire face aux situations d'urgence;

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230. (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit : 1. La façon de traiter les situations suivantes — v. les urgences médicales.

En particulier, la politique et procédure médicale d'urgence – code bleu du titulaire de permis stipule d'utiliser la liste de contrôle d'urgence du code bleu (annexe 1) pour suivre et documenter toutes les étapes requises pour faire face à une situation d'urgence. La procédure n° 6 à la page 2, stipule d'effectuer un examen de l'incident le plus rapidement possible après résolution de la situation identifiée par ce code afin de déterminer quels aspects de l'intervention ont été efficaces et comment on pourrait améliorer celle-ci.

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007

Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée

Un jour de septembre, une personne résidente a subi une détérioration soudaine de son état de santé. Les notes d'évolution décrivaient la façon dont la personne résidente avait eu une absence de signes vitaux. Les directives médicales complexes concernant la personne résidente indiquaient qu'elle nécessitait un transfert vers un hôpital de soins actifs et l'administration d'une réanimation cardiopulmonaire (RCP). Il n'existait pas de document donnant un résumé des interventions relatives à l'événement d'urgence médicale désigné par un code bleu dont la personne résidente avait fait l'objet.

Deux membres du personnel ont confirmé que les événements désignés par un code bleu auraient dû être documentés, et qu'un examen de l'incident n'avait pas eu lieu.

Sources : Politique et procédure médicale d'urgence — code bleu, EP-05-01-01, dont la dernière mise à jour remonte à 2016. Notes d'évolution de la personne résidente, et entretiens avec deux membres du personnel. [Paragraphe 8. (1)]

2. Le titulaire de permis, lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, n'a pas veillé à ce que la politique fût respectée.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique n° RC-15-01-01 *Falls Prevention and Management Program*, [programme de prévention et de gestion des chutes] qui indiquait ce qui suit : « Si l'on soupçonne qu'une personne résidente s'est cogné la tête (p. ex., lors d'une chute sans témoin), remplir le dossier de surveillance clinique, annexe 6 ». Le dossier de surveillance clinique, annexe 6, indiquait ce qui suit : « surveillance des éléments suivants toutes les heures pendant 4 heures, puis toutes les 8 heures pendant 72 heures :

- Signes vitaux et neurologiques (si l'on soupçonne un traumatisme crânien ou une lésion cérébrale ou bien s'il s'agit d'une chute sans témoin)
- Contrôler les signes vitaux
- Évaluer la douleur
- Surveiller les changements de comportement ».

L'examen de l'« évaluation post-chute — V 6 » un certain jour d'un mois indiquait qu'une personne résidente avait fait une chute sans témoin. Le dossier de surveillance clinique — V 4 indiquait que l'on n'avait pas surveillé les signes vitaux et neurologiques pendant les deux premières heures au moment de la chute.

Lors d'un entretien, un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la chute de la personne résidente avait eu lieu sans témoin, et que la surveillance des signes vitaux et neurologiques, qui devait être effectuée toutes les heures pendant les quatre premières heures, n'avait pas été faite comme on l'indiquait dans le dossier de surveillance clinique, annexe 6.

Ainsi, le personnel infirmier autorisé n'avait pas rempli le « dossier de surveillance clinique » comme on l'indiquait dans la politique susmentionnée intitulée *Falls Prevention and Management Program* [programme de prévention et de gestion des chutes], toutes les heures pendant les deux premières heures à compter du moment où l'on avait trouvé la personne résidente sur le sol.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente. Entretiens avec un membre du personnel infirmier autorisé et deux PSSP. [Disposition 8. (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller au respect de l'exigence selon laquelle lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, il veille à ce que la politique soit respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 21. Température ambiante

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée au minimum :
- dans deux chambres à coucher de personnes résidentes, dans différentes parties du foyer,
 - dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir,
 - dans chaque aire de refroidissement désignée,
 - une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Un examen des feuilles du document du titulaire de permis intitulé *Extendicare, Temperature and Humidity Log*, [Extendicare – registre des températures et de l'humidité], y compris d'un autre registre des températures inscrites par des membres du personnel pour les jours, les soirs et les nuits de mai et juin 2021, indiquait que la température du 15 mai au 6 juin 2021 n'avait pas été mesurée ni documentée selon ce qui est requis.

1-Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes, dans différentes parties du foyer.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

L'administrateur a confirmé que les feuilles du document du titulaire de permis intitulé *Extendicare, Temperature and Humidity Log*, [Extendicare – registre des températures et de l'humidité] indiquaient que les températures avaient été mesurées et consignées pour une seule chambre à coucher de personne résidente dans différentes parties du foyer aux dates suivantes :

les 17, 18, 25, 28 et 31 mai 2021, et le 1^{er} juin 2021 seulement le matin, le 21 mai 2021 et le 4 juin 2021, le matin et l'après-midi.

L'administrateur a confirmé que les feuilles du document du titulaire de permis intitulé *Extendicare, Temperature and Humidity Log*, [Extendicare – registre des températures et de l'humidité] indiquaient que les températures n'avaient pas été mesurées et consignées pour les chambres à coucher de personnes résidentes les 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29 et 30 mai 2021, et les 2, 3, 5 et 6 juin 2021 au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

2-Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir.

Un examen des registres des températures du foyer indiquait que les températures n'avaient pas été mesurées et consignées dans une aire commune pour les personnes résidentes aux dates suivantes : les 17, 18, 22, 23, 25, 26, 28 et 31 mai 2021, et le 1^{er} juin 2021, dans l'après-midi.

Les 19, 20 et 27 mai 2021, et le 2 juin 2021 dans l'après-midi et une fois le soir ou la nuit.

Le 21 mai 2021, une fois le soir ou la nuit.

Le 24 mai 2021, une fois le matin et une fois l'après-midi.

Le 5 juin 2021, une fois le matin.

Les 15, 16, 29 et 30 mai 2021, au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

3-Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée dans chaque aire de refroidissement désignée du foyer.

Lors d'un entretien, l'administrateur a déclaré que le hall, les salles d'activité sud et ouest, les salles à manger sud et ouest étaient désignés comme étant les aires de refroidissement du foyer. Un examen des registres des températures du foyer indiquait que les températures n'avaient pas été mesurées et consignées dans chaque aire de refroidissement désignée du foyer aux dates suivantes :

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007

Rapport d'inspection prévu par
la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*

Les 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29 et 30 mai 2021, et les 2, 3, 5 et 6 juin 2021, dans le hall, les deux salles d'activité et les deux salles à manger, une fois le matin, une fois l'après-midi et une fois le soir ou la nuit.

Les 17, 18, 25, 28 et 31 mai 2021, et le 1^{er} juin 2021 dans la salle d'activités sud, et dans les deux salles à manger une fois le matin, et dans le hall, les deux salles d'activités et les deux salles à manger une fois l'après-midi et une fois le soir ou la nuit. Le 21 mai 2021 et le 4 juin 2021 dans la salle d'activités sud et dans les deux salles à manger, le matin et une fois l'après-midi, et dans le hall, les deux salles d'activités et les deux salles à manger une fois le soir ou la nuit.

Il y avait un risque pour le confort et la sécurité des personnes résidentes quand les températures n'étaient pas mesurées et consignées dans les aires spécifiées du foyer dans les délais requis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée comme cela est indiqué aux dates susmentionnées.

Sources : Examen des feuilles du document du titulaire de permis intitulé *Extendicare, Temperature and Humidity Log*, [Extendicare – registre des températures et de l'humidité], des feuilles du registre des températures enregistrées par les membres du personnel; et entretiens avec l'administrateur et une PSSP. [Article 21]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la température est mesurée et consignée, au minimum :

- dans deux chambres à coucher de personnes résidentes, dans différentes parties du foyer,***
- dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir,***
- dans chaque aire de refroidissement désignée,***
- une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participât à la mise en œuvre du programme de pratiques de prévention et de contrôle des infections, quand le personnel n'aidait pas les personnes résidentes pour leur hygiène des mains avant un repas.

L'inspectrice 211 a remarqué que deux membres du personnel n'aidaient pas les personnes résidentes pour l'hygiène des mains quand elles entraient dans l'une des salles à manger de l'unité avant leur repas. Lors d'entretiens, un membre du personnel infirmier autorisé et une PSSP ont déclaré que les mains des personnes résidentes étaient désinfectées dans leur chambre à coucher avant de venir à la salle à manger. Lors d'un entretien, la ou le responsable du service de diététique a déclaré que les mains des personnes résidentes doivent être désinfectées à l'entrée de la salle à manger avant leur repas, et non pas dans leur chambre.

Sources : Observation de l'inspectrice 211. Entretiens avec deux membres du personnel. [Paragraphe 229. (4)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de pratiques de prévention et de contrôle des infections quand le personnel aide les personnes résidentes à pratiquer leur hygiène des mains avant un repas. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 231. Dossier des résidents

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

- a) d'une part, un dossier écrit soit dressé et tenu pour chaque résident du foyer;**
- b) d'autre part, le dossier écrit du résident soit gardé à jour en tout temps.**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 231.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu concernant la feuille de surveillance d'une personne résidente.

Un examen des notes d'évolution d'une personne résidente rédigées par un membre du personnel infirmier autorisé un certain jour indiquait que l'on avait commencé d'utiliser une feuille du système d'observation.

Lors d'entretiens, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI et la ou le DSI ont déclaré que la feuille de surveillance de la personne résidente se trouvait dans la chambre de celle-ci et qu'elle l'avait détruite.

Ainsi, puisque la personne résidente a été en mesure de détruire la feuille de surveillance que l'on gardait dans sa chambre, et que le titulaire de permis n'a pas été en mesure de la trouver, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on tienne un dossier écrit de la personne résidente.

Sources : Examen des notes d'évolution de la personne résidente et d'une feuille déterminée du système d'observation. Entretiens avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI et la ou le DSI. [Article 231]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que soit tenu un dossier écrit pour les personnes résidentes. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. 2007, chap. 8, par. 5

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas instauré ni maintenu les précautions contre les gouttelettes et les contacts pour une personne résidente entièrement vaccinée qui a été admise alors que l'on attendait le résultat de son test d'amplification en chaîne par polymérase (test PCR).

Le document intitulé COVID-19 — Directive n° 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée (FSLD) en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD), prévoit que lors de l'admission d'une personne résidente pleinement vaccinée, elle doit être placée en isolement selon les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes pendant que l'on attend le résultat de son test d'amplification en chaîne par polymérase (test PCR). On peut cesser les précautions quand on dispose des résultats de test négatifs.

Un certain jour, une personne résidente a été admise au foyer et le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Directive n° 3 susmentionnée.

La ou le DSI, deux membres du personnel et la personne résidente ont confirmé que cette dernière n'avait pas été placée en isolement selon les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes lors de son admission. Le titulaire de permis a reçu les résultats du test PCR quatre jours après l'admission.

Le personnel n'a pas respecté les pratiques de prévention et de contrôle des infections comme cela est indiqué dans le document COVID-19 — Directive n° 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée (FSLD) en vertu de la LFSLD 2007.

Sources : Entretien avec l'administrateur, la ou le DSI, deux membres du personnel et une personne résidente. Examen des notes d'évolution de la personne résidente, des documents de vaccination et du document intitulé COVID-19 — Directive n° 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée (FSLD) en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, et du guide intitulé Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée — Résumé des principes de base et pratiques exemplaires, décembre 2020. [Article 5]

Émis le 19 août 2021.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Copie du rapport public

Nom de l'inspectrice (n°) : JOELLE TAILLEFER (211), MANON NIGHBOR (755)

N° de l'inspection : 2021_831211_0011

N° de registre : 019165-20, 019682-20, 007498-20

Type d'inspection : Système de rapport d'incidents critiques

Date du rapport : 22 juillet 2021

Titulaire de permis : CVH (n° 4) LP par ses associés commandités,
Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care
Homes (société en commandite, par son associé
commandité Southbridge Care Homes inc.)
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge
Care Home Inc., CAMBRIDGE, ON N3H 5L8

Foyer de SLD : Manoir Marochel
949, route de Montréal, Ottawa, ON K1K 0S6

Nom de l'administrateur : Paul Beverley

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

À l'intention de CVH (n° 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.), vous êtes tenu par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Ordre n° : 001 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) a

Aux termes de la :

LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, 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. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD, 2007.

En particulier, pour toutes les personnes résidentes manifestant des comportements réactifs, le titulaire de permis doit :

- réexaminer et réévaluer le programme de soins de la personne résidente relativement aux comportements réactifs, et actualiser les interventions inefficaces pour veiller à ce que l'on réponde aux besoins identifiés de la personne résidente;
- effectuer des vérifications du programme de soins toutes les deux semaines pour au moins trois personnes résidentes afin d'évaluer l'efficacité des interventions visant à remédier aux comportements réactifs;
- documenter les résultats des vérifications ainsi que les stratégies mises en œuvre pour gérer efficacement les comportements réactifs.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le contenant d'une personne résidente contienne du liquide, à ce que la personne résidente soit étroitement surveillée, et à ce qu'elle n'ait pas accès à une salle déterminée en tout temps, comme le précisait le programme de soins.

Une personne résidente a été trouvée sur le sol de la salle déterminée, et elle manifestait un état pathologique particulier.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait de veiller à ce qu'elle n'ait pas accès à une salle déterminée, de la surveiller étroitement par des contrôles toutes les 30 minutes, et de lui fournir un contenant particulier pour boire.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L. O. 2007, chap. 8

Trois membres du personnel ont confirmé que l'une des interventions particulières n'avait pas été mise en place, car ils pensaient qu'elle ne serait pas efficace. Un membre du personnel a déclaré que l'on avait informé la ou le DSI que l'une de ces interventions particulières n'était pas efficace, et qu'il avait reçu la permission de ne pas suivre l'intervention particulière mentionnée dans le programme de soins. Le membre du personnel a déclaré que la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS était au courant de l'inefficacité de cette intervention particulière. Deux membres du personnel ont confirmé que l'on n'avait pas mis en place une des interventions pour la personne résidente. Un membre du personnel ne se souvenait pas si la personne résidente avait eu accès à une autre intervention mise en place. Un autre membre du personnel a déclaré avoir vu la personne résidente aller dans la salle déterminée avant de se rendre dans une autre unité, 15 minutes avant qu'un membre du personnel lui demande de l'aide d'urgence, quand la personne résidente a été découverte. Quand l'un des membres du personnel est arrivé sur les lieux, la personne résidente était sur le sol, dans la salle déterminée et elle était décédée par la suite.

Par conséquent, ne pas se conformer au comportement réactif de la personne résidente et aux interventions, comme le précisait son programme de soins, a permis à celle-ci d'avoir accès à l'endroit déterminé, en lui faisant courir le risque de souffrir d'un état pathologique consécutif à son comportement réactif.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, notes d'évolution, rapport sommaire de congé de l'hôpital, rapport de laboratoires et entretiens avec trois membres du personnel. [Paragraphe 6. (7)]

Un ordre a été émis en tenant compte des éléments suivants :

Gravité : La personne résidente avait accès à une salle identifiée. Il y avait un risque de préjudice réel pour la personne résidente parce qu'on l'avait trouvée sur le sol dans la salle identifiée, présentant un état pathologique particulier.

Portée : Ce cas de non-conformité était isolé.

Antécédents de conformité : Il y avait eu un avis écrit (AE) et un plan de redressement volontaire (PRV) émis pour le foyer et concernant différentes dispositions législatives au cours des 36 derniers mois. (755)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 17 septembre 2021

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION
ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 22 juillet 2021.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joelle Taillefer

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa