

**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

Date d'émission du rapport : 25 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1352-0002	
Type d'inspection : Plainte Suivi	
Titulaire de permis : CVH (n° 4), LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)	
Foyer de soins de longue durée et ville : Manoir Marochel, Ottawa	
Inspectrice principale Megan MacPhail (551)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices/inspecteurs Lisa Kluke (000725)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14, 15, 16, 17, 27, 28 et 29 mai. 2024.

Les inspections concernaient :

- le registre : n° 00111610 ayant trait à une plainte concernant des préoccupations en matière de soins aux personnes résidentes.
- le registre : n° 00111954 – suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2024-1352-0001 ayant trait à la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une date d'échéance de mise en conformité au 23 avril 2024.
- le registre : n° 00111956 – suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2024-1352-0001, ayant trait à l'article 5 de la LRSLD (2021), avec une date d'échéance de mise en conformité au 16 avril 2024.
- le registre : n° 00114075 ayant trait à une plainte liée à des préoccupations ayant trait aux soins d'une personne résidente.
- le registre : n° 00114947 ayant trait à une plainte liée à des préoccupations ayant trait aux soins d'une personne résidente.

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

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1352-0001 effectuée par Lisa Kluge (000725) concernant la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22).

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1352-0001 effectuée par Lisa Kluge (000725) concernant l'article 5 de la LRSLD (2021).

L'ordre n° 0002 n'était pas respecté à la date d'échéance de mise en conformité du 16 avril 2024, mais il l'a été entre la date d'échéance de mise en conformité et la fin de l'inspection de suivi n° 2024-1352-0002. En conséquence, la pénalité administrative (PA) n° 001 concernant l'avis écrit n° 003 a été signifiée au titulaire de permis.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire

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 :

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente avait un appareil pour l'aider à gérer ses besoins d'ordre urinaire.

On avait créé des tâches précises dans le système Point of Care (POC) pour fournir des directives à l'intention des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) sur la façon de prendre soin de l'appareil.

On n'avait pas créé de tâche pour que les PSSP consignent le volume du débit provenant de l'appareil lors de chaque poste de travail.

Selon la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels (DSISP), on aurait dû créer une tâche personnalisée pour inciter les PSSP à consigner le volume du débit provenant de l'appareil lors de chaque poste de travail.

En ne créant pas de tâche pour que les PSSP consignent le volume du débit lors de chaque poste de travail, le débit n'était pas documenté de façon uniforme, et l'on n'avait pas établi de base de référence du débit.

Sources : Examen du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec la ou le DSISP. [551]

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 : du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

**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

Programme de soins

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à une personne résidente.

A) Justification et résumé

On avait ordonné de faire une surveillance quotidienne des signes vitaux d'une personne résidente.

Lors d'un entretien, la ou le DSISP a déclaré que l'on n'avait pas effectué la surveillance quotidienne des signes vitaux comme on l'avait ordonné.

Comme les signes vitaux de la personne résidente n'étaient pas surveillés sur une base quotidienne, il se pouvait que l'évaluation du besoin ou du bien-fondé d'un traitement à l'aide du paramètre prescrit n'ait pas été possible.

Sources : Examen du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec la ou le DSISP. [551]

B) Justification et résumé

On avait ordonné qu'une personne résidente fasse l'objet d'un test.

Lors d'un entretien, la ou le DSISP a déclaré que l'on n'avait pas effectué le test comme on l'avait ordonné.

Le test, qui aurait pu indiquer ou non la présence d'une infection, n'avait pas été effectué comme on l'avait ordonné.

Sources : Examen du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec la ou le DSISP. [551]

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 : Conditions du permis

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

Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2024-1352-0001, signifié le 21 mars 2024, avec une date d'échéance de mise en conformité au 16 avril 2024.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'OC n° 002 à la date d'échéance de mise en conformité du 16 avril 2024, mais il s'y est conformé entre la date d'échéance de mise en conformité et la fin de l'inspection de suivi n° 2024-1352-0002.

Le processus visant à assurer que tout verrou à coulisse se trouvant sur la face extérieure des portes des toilettes accessibles aux personnes résidentes fût enlevé n'a été entièrement respecté que le 14 mai 2024.

Justification et résumé

Lors d'une visite des chambres des personnes résidentes, on a remarqué qu'un verrou à coulisse se trouvait sur la face extérieure de la porte de la salle de bains d'une personne résidente.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué avoir effectué une visite de chaque chambre et demandé d'enlever les mécanismes de verrouillage de chaque verrou à coulisse, toutefois on en avait oublié un.

**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 respecter les conditions de l'OC pour enlever tous les verrous à coulisse se trouvant sur la face extérieure des portes des toilettes des personnes résidentes présentait en permanence le risque qu'une personne résidente soit enfermée ou bloquée dans les toilettes sans être capable de débloquer le verrou de l'intérieur, comme on l'indiquait dans l'OC initial.

Sources : Observations et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur. [000725]

**Une pénalité administrative (APA) est délivrée concernant cet avis écrit
APA n° 001**

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

**Avis de pénalité administrative APA 001
lié à l'avis écrit de non-conformité n° 003**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 dollars, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règlement de l'Ontario 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre émis aux termes de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité :

Non-conformité précédente à l'article 5 de la LRSLD (2021) ayant donné lieu à l'OC n° 002 lors de l'inspection n° 2024-1352-0001, émis le 21 mars 2024.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'OC n° 002 à la date d'échéance de mise en conformité du 16 avril 2024, mais il s'y est conformé entre la date d'échéance de mise en conformité et la fin de l'inspection de suivi n° 2024-1352-0002. En conséquence, la pénalité administrative (PA) n° 001 concernant l'avis écrit n° 003 a été signifiée au titulaire de permis.

**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

Il s'agit du premier APA qui a été délivré au titulaire de permis pour ne pas avoir respecté cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS) et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect : du paragraphe 20 g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (système de communication bilatérale) qui, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, était calibré de sorte que le personnel pouvait l'entendre.

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

Lorsque le cordon du système de communication bilatérale d'une personne résidente était tiré hors de l'unité murale, aucun signal sonore ne retentissait pour alerter le personnel. Seul le plafonnier à l'extérieur de la chambre de la personne résidente pouvait avoir attiré l'attention du personnel sur le fait que le système de communication bilatérale avait été activé.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué qu'il aurait dû y avoir une alerte sonore, et qu'il ou elle avait signalé à la ou au DSISP que le système de communication bilatérale ne fonctionnait pas correctement.

La ou le DSISP et l'administratrice ou l'administrateur ont indiqué que le système de communication bilatérale était doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel lorsqu'une personne résidente ou un membre du personnel avait besoin d'aide, toutefois le système avait été mis en mode silencieux.

Le système de communication bilatérale du foyer utilisait un dispositif sonore pour alerter le personnel. Ne pas avoir un niveau de son audible pour le personnel pouvait entraîner un retard pour répondre aux appels pour avoir de l'aide.

Sources : Observations et entretiens avec du personnel. [000725]

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect : de la disposition 56 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1). Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment de l'équipement, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on disposât de la fourniture requise lorsque l'on avait ordonné de changer l'appareil d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente avait un appareil médical que l'on avait ordonné de changer à des intervalles précis.

Le jour où l'on avait ordonné de changer l'appareil, on ne disposait pas de la fourniture requise, et l'on avait fixé une date différente pour procéder au changement.

Ne pas avoir la fourniture requise avait empêché de procéder au changement de l'appareil comme on l'avait ordonné.

Sources : Examen du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec un membre du personnel. [551]

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect : de l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

Le titulaire de permis a omis de respecter le système du foyer, et notamment les programmes de soins alimentaires et d'hydratation requis pour surveiller et évaluer l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes ayant des risques déterminés liés à la nutrition et à l'hydratation.

**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

Conformément au paragraphe 11 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que le système pour surveiller et évaluer l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes ayant des risques déterminés liés à la nutrition et à l'hydratation fût élaboré pour les programmes de soins alimentaires et d'hydratation, et il devait veiller à ce que le système soit respecté.

En particulier, le personnel n'a pas surveillé l'ingestion d'aliments et de liquides d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une tâche a été créée dans le POC pour que les PSSP surveillent le pourcentage d'aliments et la quantité de millilitres consommés par une personne résidente lors des repas et des collations.

Un examen du dossier médical de la personne résidente indiquait que pendant la période d'une semaine environ, l'ingestion d'aliments et de liquides de la personne résidente n'était pas surveillée comme suit lors de ces repas et collations :

deux fois au petit déjeuner

trois fois au déjeuner

deux fois au dîner

une fois lors de la collation de l'après-midi

deux fois lors de la collation du soir.

L'ingestion des liquides n'avait pas été surveillée deux fois lors de la collation du matin.

La ou le DSISP a déclaré que l'on aurait dû surveiller l'ingestion des aliments et des liquides de toutes les personnes résidentes lors de tous les repas et de toutes les collations.

En ne respectant pas le système pour surveiller l'ingestion des aliments et des liquides de la personne résidente, il se peut que l'on n'ait pas tenu avec précision un registre de ses ingestions, qui aurait pu être utilisé pour permettre des interventions pertinentes en matière de nutrition ou d'hydratation, le cas échéant.

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 du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec la ou le DSISP. [551]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des précautions supplémentaires dans le programme de PCI, conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022* (Norme de PCI).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les précautions supplémentaires comprennent, au minimum, des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de l'EPI, comme cela est requis par l'alinéa 9.1 f) des exigences supplémentaires aux termes de la Norme de PCI.

A) Justification et résumé

Des précautions supplémentaires précises étaient affichées pour une personne résidente en raison de l'utilisation d'une procédure qui générerait des aérosols.

**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

Les directives figurant sur l'affiche précisait d'utiliser un masque N95, une protection oculaire, des gants et une blouse, et de garder la porte de la chambre fermée durant la procédure et pendant un temps de stabilisation. La ou le responsable de la PCI a déclaré que le temps de stabilisation après la procédure était de trois heures.

On n'a pas remarqué de protection oculaire dans la boîte de rangement de l'EPI à l'extérieur de la chambre de la personne résidente.

Il y avait des manques de cohérence concernant qui était responsable de l'entreposage des fournitures d'EPI, et pas tous les membres du personnel ne savaient qu'il était nécessaire de porter un EPI quand on fournissait des soins à la personne résidente si la procédure était en cours d'utilisation ou si elle avait été utilisée au cours des trois heures précédentes. Un membre du personnel a déclaré que l'on ne disposait pas de protection oculaire de façon constante ou qu'elle n'était pas portée lorsque c'était requis.

Sources : Observations et entretiens avec un membre du personnel. [551]

B) Justification et résumé

On a observé un membre du personnel infirmier autorisé qui entrait sans porter d'EPI dans une chambre de personne résidente où des précautions supplémentaires particulières étaient affichées.

Cette personne a indiqué qu'elle aurait dû porter l'EPI approprié en raison des précautions supplémentaires particulières en place à ce moment-là.

Le membre du personnel courait le risque d'être exposé à des agents infectieux quand il ne portait pas l'EPI requis pour les précautions supplémentaires particulières. Les personnes résidentes couraient le risque d'être exposées à des agents infectieux transmis par le membre du personnel.

Sources : Observations et entretiens avec un membre du personnel. [000725]

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 : Système de gestion des médicaments

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

Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique et la marche à suivre écrites pour le système de gestion des médicaments concernant les médicaments d'une personne résidente.

Conformément au paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer fussent acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

En particulier, un membre du personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique de gestion des médicaments lorsqu'il a laissé à une personne résidente ses médicaments administrés par voie orale.

Justification et résumé

Une personne résidente était allongée dans son lit avec des comprimés de médicaments sur elle et dans un godet pour médicaments. Elle a déclaré qu'elle attendait que l'infirmière ou l'infirmier revienne pour lui dire de quels médicaments il s'agissait. Elle a également dit que quelques infirmières ou infirmiers lui laissaient les médicaments et que d'autres attendaient qu'elle les avale. La personne résidente a alors pris ses médicaments, car il s'était écoulé 15 minutes depuis le départ de l'infirmière ou de l'infirmier.

**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

Le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) fournissait des directives précises sur la façon d'administrer les médicaments de la personne résidente, et notamment qu'il fallait écraser un certain médicament. Le RAME n'indiquait pas que l'on pouvait laisser la personne résidente avec ses médicaments. Une signature attestait que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés.

Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré ne pas avoir écrasé le médicament concerné, et ne pas être revenu pour voir la personne résidente en terminant la distribution des médicaments.

Une personne co-résidente a déclaré qu'elle recevait le matin ses médicaments administrés par voie orale dans un godet pour médicaments, qu'elle les amenait à la salle à manger et qu'elle les prenait toute seule chaque matin avec son petit déjeuner.

La ou le DSISP a fourni la politique et marche à suivre en matière de gestion des médicaments (*Policy and Procedure for Medication Management*). Ces marches à suivre indiquaient ce qui suit :

- Le personnel infirmier autorisé était tenu d'observer que le médicament avait été ingéré, sinon il ne pouvait pas considérer qu'il avait été administré.
- Ne pas laisser de médicament sans surveillance pour que la personne résidente se l'autoadministre, sauf si la personne résidente pratique l'autoadministration en conformité avec la politique d'autoadministration des médicaments (*Self-Administration of Medication Policy*).
- Documenter immédiatement dans le RAM/RAME tous les médicaments administrés après leur administration par l'infirmière ou l'infirmier qui les a administrés.

La ou le DSISP a indiqué qu'aucune personne résidente du foyer ne devait être laissée sans surveillance avec ses médicaments administrés par voie orale. Le personnel infirmier autorisé était tenu de rester avec les personnes résidentes jusqu'à ce que les médicaments soient administrés pour être alors en mesure de le documenter dans le RAME.

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 respecter la politique et les marches à suivre concernant l'habitude de laisser des médicaments administrés par voie orale à une personne résidente présentait un risque que la personne résidente ne les prenne pas ou les perde.

Sources : Observations, entretiens avec des personnes résidentes et du personnel, et examen du document intitulé politique et marche à suivre en matière de gestion des médicaments (*Policy and Procedure for Medication Management*). [000725]

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Disponibilité des fournitures

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect : de l'article 48 du Règl. de l'Ont. 246/22

Disponibilité des fournitures

Article 48 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

a) Effectuer un réexamen du programme structuré de buanderie pour veiller à ce qu'un approvisionnement suffisant en linge de maison, débarbouillettes et serviettes propres soit toujours aisément disponible au foyer aux fins d'utilisation par le personnel et les personnes résidentes pour répondre aux besoins en soins infirmiers et en soins personnels des personnes résidentes du foyer. Le réexamen doit comprendre au minimum ce qui suit :

- i) faire un inventaire du linge de maison, et notamment une recherche dans toutes les aires du foyer;
- ii) déterminer le quota requis pour chaque poste de travail;

**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

iii) élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre écrites pour veiller à ce qu'il y ait un quota suffisant qui soit aisément accessible pour chaque poste de travail;
iv) élaborer et mettre en œuvre un processus pour relaver et jeter le linge de maison, les débarbouillettes et les serviettes usés ou tachés;
v) élaborer et mettre en œuvre un processus formel pour demander un supplément de linge de maison, de débarbouillettes et de serviettes propres, avec un échéancier et des marches à suivre établis pour recevoir les articles demandés.

b) Effectuer une fois par semaine des vérifications de la disponibilité de linge de maison, de débarbouillettes et de serviettes propres, en veillant à ce que les fournitures soient aisément disponibles dans les unités de soins pour répondre aux besoins personnels des personnes résidentes.

c) Effectuer une fois par semaine, et jusqu'à ce que cet ordre ait été respecté, des vérifications de chaque chambre de personne résidente, en alternant les postes de travail, pour veiller à ce que la personne résidente ait au moins un des articles de linge de maison propre suivant : débarbouillette, essuie-main, drap de dessous (si nécessaire), grand drap de transfert pour lève-personne (si nécessaire), drap de dessus, couvre-lit, couverture et taies d'oreiller pour le nombre d'oreillers utilisés pour cette personne résidente.

d) Fournir de la documentation à l'appui d'une part de toute mesure prise concernant les points a) à c), et d'autre part de toute autre mesure que le foyer a jugée nécessaire pour veiller à ce que les fournitures en linge de maison soient aisément disponibles pour répondre aux besoins en matière de soins personnels de ses personnes résidentes.

Continuer de documenter les mesures prises jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre de conformité.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fournitures en linge de maison pour les personnes résidentes fussent aisément disponibles pour répondre aux besoins en soins infirmiers et en soins personnels des 64 personnes résidentes du foyer.

**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

Justification et résumé

Un membre du personnel a indiqué qu'ils manquaient souvent de linge de maison, débarbouillettes et serviettes utilisés pour répondre aux besoins en soins personnels des personnes résidentes. Le personnel devait vérifier dans la buanderie pour avoir des fournitures supplémentaires et en trouvait rarement davantage. Quand il n'y avait pas assez de drap de dessus ou de draps-housses et de couvertures, on devait utiliser d'autres articles de linge de maison pour faire les lits des personnes résidentes. Quand il n'y avait pas assez de débarbouillettes, on utilisait des lingettes jetables pour les soins personnels. La préposée ou le préposé à la buanderie a indiqué qu'ils lavaient les articles de linge de maison, les débarbouillettes et les serviettes aussi rapidement que possible pour les remettre en service trois fois par jour.

La ou le gestionnaire des services de diététique et de l'environnement a indiqué que, selon une liste d'inventaire récente, le foyer n'avait pas assez de linge de maison, de débarbouillettes et de serviettes pour ses 64 personnes résidentes et qu'il lui faudrait commander une quantité suffisante pour les personnes résidentes pour la totalité des trois postes de travail.

Les lingeries des deux ailes du foyer avaient une quantité limitée de fournitures. Les lits des personnes résidentes avaient un drap de dessous et souvent un couvre-lit ou pas de draps, car le personnel attendait que la buanderie fournisse des draps propres. Pendant les observations, la buanderie ne disposait pas d'une réserve supplémentaire de linge de maison, autre que celui qui se trouvait dans les machines à laver ou les sècheuses.

Nous avons examiné les listes d'inventaire pendant une durée d'une semaine, et le nombre moyen de chaque article lavé par poste de travail pour tout le foyer était inférieur à 30, ce qui représentait la moitié du nombre des personnes résidentes du foyer.

**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 qu'il y ait un approvisionnement suffisant en linge de maison, débarbouillettes et serviettes, aisément disponible pour toutes les personnes résidentes du foyer peut avoir accru le risque de ne pas satisfaire les besoins en soins infirmiers et en soins personnels des personnes résidentes.

Sources : Observations, entretiens avec du personnel et examen des listes d'inventaire pendant une période de sept jours. [000725]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 – Entretien ménager

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect : de l'alinéa 93 (2) b) 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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

- (i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,
- (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,
- (iii) les surfaces de contact.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD 2021, al. 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

**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

a) Donner de la formation à tout le personnel infirmier sur la politique et les marches à suivre du titulaire de permis relatives au nettoyage et à la désinfection des surfaces des baignoires et des cabines de douche, et de l'équipement des baignoires et des douches, conformément aux instructions du fabricant; examiner avec le personnel infirmier cette politique et ces marches à suivre, et documenter que cette formation a été donnée.

b) Élaborer immédiatement une marche à suivre en matière d'entretien ménager pour veiller à ce qu'un produit de nettoyage ou un désinfectant soit disponible dans chaque cabine de douche, et veiller à ce que cette marche à suivre soit mise en œuvre.

c) Une fois par semaine, procéder à des vérifications de ces baignoires et cabines de douche, en veillant à ce que les fournitures de nettoyage soient aisément accessibles et utilisées par le personnel infirmier conformément à la politique. Ces vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, et la date et l'heure auxquelles on a effectué chaque vérification, afin de corroborer qu'un membre de l'équipe de direction ou bien sa déléguée ou son délégué a effectué ces vérifications. Les vérifications seront effectuées jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée ait estimé que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre de conformité.

d) Veiller à ce que toutes les affiches à l'intérieur des salles de bains et des salles de douches soient conformes aux politiques et marches à suivre en vigueur, et à ce qu'elles fournissent des directives claires à l'intention du personnel.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre des marches à suivre pour le nettoyage et la désinfection des surfaces des baignoires et des cabines de douche et pour l'équipement des baignoires et des cabines de douche conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

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

Certaines PSSP utilisaient des lingettes désinfectantes pour nettoyer l'équipement des baignoires et des douches du foyer. Elles ignoraient les instructions précises affichées sur le mur concernant le nettoyage des surfaces des baignoires, des douches et de l'équipement, ou elles ne connaissaient pas les exigences de ces procédures concernant le temps de contact ou la durée pour laisser agir les produits. Elles ont indiqué que les salles de bains et les salles de douches sud n'avaient pas de brosses de nettoyage à long manche, ce qui faisait que l'on nettoyait ces endroits et leur équipement seulement avec une solution de nettoyage suivie d'un rinçage à l'eau. Depuis longtemps, il n'y avait pas de flacons pulvérisateurs d'agent nettoyant ou de désinfectant dans les salles de douches sud et ouest. Les PSSP avaient demandé au service de l'entretien ménager de nettoyer les cabines de douche.

Une aide-ménagère ou un aide-ménager a indiqué qu'il ne leur incombait pas de remplir ou de remplacer tout flacon pulvérisateur dans les salles de douches, et que le nettoyage de la cabine de douche avait lieu après que le personnel infirmier avait terminé de donner ses douches pour la journée, et non pas après chaque douche de personne résidente.

Dans la salle de bains sud, on remarquait une solution de nettoyage dans un dispositif mural. La salle de bains n'avait pas de brosse à récurer à long manche. L'affiche sur le mur à côté du dispositif mural indiquait que les baignoires devaient être nettoyées et désinfectées après chaque utilisation en vaporisant, sur toute la surface de la baignoire et du lève-personne, un agent nettoyant ou un désinfectant, et en les nettoyant avec une brosse; en rinçant la baignoire et le lève-personne après le nettoyage; en vaporisant de nouveau la baignoire et le lève-personne propres avec le même produit et en le laissant agir pendant 10 minutes. Une affiche dans les salles de douches indiquait qu'il fallait nettoyer et désinfecter la douche et l'équipement. Dans l'aile sud, il n'y avait pas de brosse à long manche ni de flacon pulvérisateur contenant une solution de nettoyage.

L'étiquette du fabricant pour la solution de nettoyage dans le dispositif mural indiquait qu'il fallait l'appliquer avec un chiffon, une éponge ou un balai à franges, la laisser agir pendant deux à trois minutes et rincer abondamment à l'eau potable.

**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

La politique relative au nettoyage de la salle de bains et du spa exigeait que la baignoire soit nettoyée avec un nettoyant germicide après chaque bain de personne résidente en suivant les instructions du fabricant, et que les cabines de douche soient nettoyées avec un agent nettoyant germicide après chaque douche de personne résidente.

La politique pour le nettoyage des chaises de douche et des chaises d'aisance nécessitait de mouiller à l'eau chaude toutes les surfaces de l'équipement, d'enlever en frottant à l'aide d'une brosse à long manche toutes les matières organiques, de rincer à l'eau chaude, puis d'essuyer l'équipement de haut en bas à l'aide de lingettes désinfectantes en faisant un mouvement en forme de S; et d'utiliser une solution de nettoyage approuvée et de la répandre sur toutes les surfaces de l'équipement; le produit devait rester sur l'équipement pendant le temps de contact spécifié par les directives du fabricant. Les notes de bas de page de la politique indiquaient que le produit chimique devait demeurer sur la surface pendant la totalité du cycle de destruction ou du temps de contact, et que le nettoyage en deux étapes était un processus utilisé pour nettoyer et ensuite désinfecter les surfaces.

L'absence de produits de nettoyage et de désinfectants, ainsi que d'outils de nettoyage conformes aux instructions du fabricant, et la compréhension que le personnel infirmier avait des politiques et des marches à suivre du titulaire de permis présentaient un risque de contamination croisée parmi les personnes résidentes qui utilisaient les baignoires et les cabines de douche et l'équipement.

Sources : Observations des salles de bains et des salles de douches sud et ouest, entretiens avec du personnel, et examen des affiches placardées, et des politiques et marches à suivre. [000725]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 août 2024.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

**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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registraire
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.