

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public modifié Page couverture (M1)

<b>Date de publication du rapport modifié :</b> 18 juin 2024
<b>Date de publication du rapport initial :</b> 21 mars 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1352-0001 (M1)
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de conformité
<b>Titulaire de permis :</b> CVH (n° 4) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Manoir Marochel, Ottawa

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié à la demande du titulaire de permis pour donner à l'ordre de conformité (OC) n° 003, signifié au titulaire de permis le 21 mars 2024 avec une date d'échéance de mise en conformité au 18 juin 2024, une prolongation au 31 octobre 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

## Rapport public modifié

**Date de publication du rapport modifié :** 18 juin 2024

**Date de publication du rapport initial :** 21 mars 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1352-0001 (M1)

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de conformité

**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

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié à la demande du titulaire de permis pour donner à l'ordre de conformité (OC) n° 003, signifié au titulaire de permis le 21 mars 2024 avec une date d'échéance de mise en conformité au 18 juin 2024, une prolongation au 31 octobre 2024.

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22 et 23 janvier 2024.

Elle a eu lieu à l'extérieur du foyer aux dates suivantes : 29 janvier 2024 et 15 et 19 mars 2024.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre : n° 00102885 ayant trait à une inspection proactive de conformité (IPC).

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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Foyer sûr et sécuritaire  
Amélioration de la qualité  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes  
Services de soins et de soutien aux résidents  
Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies  
Conseils des résidents et des familles  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Droits et choix des résidents

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### **Non-respect des exigences rectifié**

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD 2021

#### **Non-respect de l'alinéa 85 (3) c) de la LRSLD 2021**

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

**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 la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes fût affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer.

Justification et résumé

Le 10 janvier 2024, lors d'une première visite du foyer, la politique du foyer RC-02-01-01 intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse, Neglect and Unlawful Conduct* (politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, de négligence et d'acte illégal envers des personnes résidentes) (dont la dernière révision datait d'août 2023) se trouvait dans une vitrine verrouillée dans le hall principal.

Le 23 janvier 2024, l'administratrice ou l'administrateur a déverrouillé la vitrine.

L'information requise se trouvait dans la vitrine, mais la serrure était laissée déverrouillée afin que l'on puisse ouvrir la vitrine et que l'information soit accessible.

**Sources :** Observations et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur. [551]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 23 janvier 2024.

Non-respect n° 002 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD 2021

**Non-respect de l'alinéa 85 (3) d) de la LRSLD 2021**

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'explication visant l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28 fût affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé

Le 10 janvier 2024, lors d'une première visite du foyer, on n'a pas trouvé dans le foyer une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.

Le 23 janvier 2024, l'administratrice ou l'administrateur a affiché la politique RC-02-01-02 intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Response & Reporting* (politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : intervention et obligation de faire rapport), qui expliquait l'obligation de faire rapport, dans la vitrine avec la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

L'information requise se trouvait dans la vitrine, mais la serrure était laissée déverrouillée afin que l'on puisse ouvrir la vitrine et que l'information soit accessible.

**Sources :** Observations et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur. [551]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 23 janvier 2024.

Non-respect n° 003 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD 2021

**Non-respect de l'alinéa 85 (3) r) de la LRSLD 2021**

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une explication des protections qu'offre l'article 30 fût affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé

Le 10 janvier 2024, lors d'une première visite du foyer, on n'a pas trouvé dans le foyer une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le 23 janvier 2024, l'administratrice ou l'administrateur a affiché dans la vitrine la politique relative à la protection des dénonciateurs avec la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

L'information requise se trouvait dans la vitrine, mais la serrure était laissée déverrouillée afin que l'on puisse ouvrir la vitrine et que l'information soit accessible.

**Sources** : Observations et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur. [551]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 23 janvier 2024.

## **AVIS ÉCRIT : Droits des personnes résidentes**

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

### **Non-respect de la disposition 3 (1) 11 de la LRSLD 2021.**

Déclaration des droits des résidents

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

11. Le résident a le droit de vivre dans un milieu sûr et propre.

Le titulaire de permis a omis de veiller au plein respect du droit de deux personnes résidentes de vivre dans un milieu sûr et propre.

**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

1) Le tuyau d'évacuation d'une cabine de douche était bouché, ce qui a provoqué la formation d'une flaque d'eau qui s'écoulait lentement ou d'eau et de débris qui refluaient.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a mentionné que, pendant une douche, les pieds d'une personne résidente reposaient dans la flaque d'eau qui s'écoulait lentement ou dans l'eau et les débris qui refluaient, et elle a exprimé du regret que cela se fût produit.

Un membre du personnel a indiqué que le tuyau d'évacuation avait été bouché pendant des semaines avant d'être débouché.

2) On remarquait un drap-housse souillé sur le lit d'une personne résidente. Celle-ci a déclaré qu'il était là depuis plusieurs heures. Une PSSP a reconnu que le drap était souillé et a déclaré qu'on le changerait. Le drap souillé est demeuré sur le lit de la personne résidente pendant des heures.

La personne résidente a déclaré avoir souhaité que le drap souillé fût enlevé dès que l'incident s'était produit plusieurs heures auparavant.

On n'avait pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente de vivre dans un milieu sûr et propre lorsque ses pieds étaient exposés au contenu d'eaux usées et de débris qui s'écoulaient lentement ou refoulaient, et lorsque le linge de lit souillé était resté sur son lit pendant plusieurs heures après que l'incident s'était produit.

**Sources :** Observations en entretiens avec la personne résidente et des PSSP.

3) Une personne résidente utilisait un dispositif spécialisé dans la douche, et lorsqu'elle était assise, ses pieds reposaient sur le sol de la cabine de douche.

**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

Lorsqu'on donnait une douche à la personne résidente, ses pieds reposaient dans une flaque d'eau qui s'écoulait lentement ou dans l'eau et les débris qui refluaient, car le tuyau d'écoulement de la cabine de douche était obstrué, et que les eaux usées ne s'écoulaient pas correctement. Une PSSP a déclaré que la personne résidente était contrariée par ce qui lui était arrivé lors de la douche.

La personne résidente a confirmé que ses pieds reposaient dans une flaque d'eau qui s'accumulait lorsque l'écoulement était bouché.

On n'avait pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente de vivre dans un milieu sûr et propre lorsque ses pieds étaient en contact avec de l'eau qui s'écoulait lentement ou avec de l'eau et des débris qui refoulaient pendant sa douche.

**Sources** : entretiens avec une personne résidente et une PSSP. [551]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Avis écrit de non-conformité n° 005 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

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'égard du personnel pour les besoins d'une personne résidente en matière d'élimination et de soins liés à l'incontinence.

**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

On a observé que la personne résidente assise dans son fauteuil roulant se tournait, ce qui accentuait son risque de faire une chute.

On a mentionné que la personne résidente n'avait pas été amenée aux toilettes aux fins d'élimination, conformément à son calendrier de soins, ou qu'on ne lui avait pas changé sa culotte pour incontinence, et que ne pas l'avoir suffisamment amenée aux toilettes avait occasionné une saturation de son produit pour incontinence.

Lorsque l'inspectrice a remarqué que la personne résidente avait les jambes sur l'accoudoir de son fauteuil roulant et qu'elle faisait la grimace, elle l'a questionnée, et la personne résidente a dit qu'elle avait besoin d'aller aux toilettes. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a indiqué que lorsque la personne résidente se tournait dans son fauteuil roulant, c'était un signal indiquant qu'elle avait besoin d'aller aux toilettes. On a amené la personne résidente dans le corridor pour que le personnel l'amène aux toilettes. On a remarqué plus tard la personne résidente au bout du corridor, et il y avait du liquide sur le sol sous le fauteuil roulant, ce qui était l'indice que son produit pour incontinence était saturé et fuyait.

Un autre jour, l'inspectrice a observé des signaux indiquant que la personne résidente avait besoin d'aller aux toilettes. Quand on lui a posé la question, la personne résidente a déclaré qu'elle avait effectivement besoin d'aller aux toilettes.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait le degré d'assistance dont elle avait besoin pour l'élimination au lit, et il y avait une intervention pour que le personnel de nuit change le produit pour incontinence de la personne résidente à des moments précis pendant son poste de travail. Il n'y avait pas de calendrier prévu pour l'élimination ou le changement de la culotte pour incontinence pendant les postes de travail de jour ou du soir.

Ne pas offrir à la personne résidente suffisamment de possibilités d'élimination et de changements de produit pour incontinence pour son confort peut avoir accru

**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

son risque d'agitation, ce qui augmentait son risque de faire des chutes.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec du personnel et d'autres personnes. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD 2021**

Programme de soins

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins concernant des activités fussent fournis à deux personnes résidentes tel que le précisait le programme.

#### 1) Justification et résumé

On a indiqué qu'une personne résidente était précédemment incluse dans des activités comme des visites individuelles, qui contribuaient à la garder calme et à diminuer ses comportements réactifs, toutefois, on n'avait pas offert cette activité à la personne résidente au cours des derniers mois.

On a remarqué pendant l'inspection que la personne résidente était incluse dans une activité de coloriage.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'on devait lui fournir des visites ou des programmes individuels, et des activités précises qu'elle aimait étaient mentionnées comme faisant partie des activités à lui offrir.

D'après une liste de toutes les activités auxquelles la personne résidente avait participé pendant une période de trois mois, seulement quatre d'entre elles étaient individuelles – le genre d'activité préférée de la personne résidente. Il n'y avait pas de calendrier précis pour que la personne résidente reçoive des visites ou pour

**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

qu'elle se voie offrir des programmes individuels.

Omettre de veiller à ce que l'on fournisse à la personne résidente son programme de soins pour les activités a accru le risque qu'elle ait des comportements réactifs,

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec du personnel et d'autres personnes. [000725]

2) Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'on devait lui fournir des visites ou des programmes individuels, et qu'elle préférait les endroits tranquilles. Des activités particulières que la personne résidente aimait étaient mentionnées comme faisant partie des activités à proposer pour améliorer la mémoire et favoriser son extériorisation et son identité.

On indiquait que la personne résidente réagissait aux programmes musicaux, toutefois elle se reposait lorsque cette activité était offerte. Il n'y avait pas de calendrier précis pour que la personne résidente reçoive des visites ou qu'elle se voit offrir des programmes individuels. La personne résidente appréciait une activité sensorielle, toutefois, cette activité n'était plus offerte et n'avait pas été remplacée par une autre.

Omettre de fournir à la personne résidente de la stimulation réparatrice dans le cadre de ses activités préférées présentait un risque qu'elle s'isole et devienne repliée sur elle-même.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec 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 : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD 2021**

Programme de soins

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une évaluation, et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente fût réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué.

#### Justification et résumé

Une personne résidente avait un dispositif pour l'aider à gérer ses besoins en matière de soins liés à l'incontinence.

On avait supprimé le dispositif.

Au moment de l'inspection, le programme de soins de la personne résidente demandait aux PSSP de gérer ses besoins en soins liés à l'incontinence comme si le dispositif était utilisé.

La personne résidente a déclaré qu'on ne lui fournissait pas les soins liés à l'incontinence pendant de longues durées quand elle les demandait. On a observé que la personne résidente avait besoin que l'on change ses vêtements avec les soins liés à l'incontinence en raison de la saturation de son produit pour incontinence.

**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 programme de soins de la personne résidente n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins liés à l'incontinence avaient évolué. Il se peut que l'on n'ait pas changé suffisamment son produit pour incontinence pour qu'elle demeure propre, au sec et qu'elle se sente en confort.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec la personne résidente et du personnel. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Art. 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 :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel puisse facilement être utilisé par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Justification et résumé

1) Dans une chambre à plusieurs lits, le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (communément appelé sonnette d'appel) n'était pas activé en utilisant le cordon de la sonnette d'appel ou en appuyant sur le bouton du panneau sur le mur.

**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

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué que la personne résidente avait brisé le bouton à l'extrémité du cordon de la sonnette d'appel, ce qui faisait qu'il ne fonctionnait pas, et qu'il leur faudra remplacer le cordon de la sonnette d'appel.

2) Une sonnette d'appel d'une personne résidente ne fonctionnait pas à son chevet.

Un membre de la famille a indiqué qu'il ne pensait pas que la sonnette d'appel de la personne résidente fonctionnait, car elle n'attirait pas l'attention du personnel et que la personne résidente devait attendre longtemps pour qu'on lui fournisse des soins.

Une ou un IAA a indiqué que la sonnette d'appel de la personne résidente nécessitait souvent d'être réinitialisée, et l'IAA l'a fait.

Ne pas avoir de système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (sonnette d'appel), qui pouvait être facilement utilisé en tout temps par les personnes résidentes, les visiteurs et le personnel, constituait un risque pour les personnes résidentes au cas où l'une d'elles eût besoin de soins ou dans les cas d'urgence.

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

## **AVIS ÉCRIT : Soins personnels**

Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins personnels

Art. 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

**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 a omis de veiller à ce qu'une personne résidente reçoive tous les jours des soins personnels individualisés.

**Justification et résumé**

La personne résidente a indiqué qu'elle devait attendre longtemps pour que l'on réponde à ses appels pour obtenir de l'aide pour l'élimination ou pour les transferts en utilisant le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (la sonnette d'appel). Elle a déclaré être fatiguée d'attendre, et qu'elle se transférait elle-même, ce qui avait occasionné des chutes.

L'inspectrice a observé que le voyant lumineux de la sonnette d'appel de la personne résidente était allumé, et qu'une alarme sonore retentissait. On avait trouvé la personne résidente couchée sur le côté dans son lit et incapable de se redresser en position assise par ses propres moyens. La personne résidente a déclaré avoir attendu 40 minutes pour que l'on réponde à sa sonnette d'appel.

Une ou un IAA a déclaré que la sonnette d'appel de la personne résidente était active sur le panneau principal du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans le bureau des soins infirmiers et qu'une alarme sonore retentissait. L'IAA est allé voir ce dont la personne résidente avait besoin et est revenu sans l'avoir assistée, en indiquant qu'il allait chercher de l'aide du personnel, car il fallait changer son produit pour incontinence.

Le programme de soins de la personne résidente précisait quel degré d'assistance elle nécessitait, par combien de membres du personnel, pour les transferts et pour de l'aide en matière de port de poids lors de l'habillage et de l'élimination. Pour la prévention des chutes, la personne résidente nécessitait qu'un membre du personnel lui rappelle d'utiliser sa sonnette d'appel pour demander de l'aide.

Ne pas fournir à la personne résidente des soins personnels individualisés et ne pas répondre à sa sonnette d'appel dans un délai convenable constituait un risque de chutes pour la personne résidente.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec la personne résidente et 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 : Bain

Avis écrit de non-conformité n° 010 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

Par. 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que chaque personne résidente du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, qui couvrait une période de trois semaines, aucune des deux baignoires du foyer n'était fonctionnelle.

Dans une aile, on ne pouvait pas remplir d'eau la baignoire. Les personnes résidentes qui préféraient prendre un bain dans une baignoire étaient assises dans la baignoire, et l'on utilisait la douchette pour les mouiller et les rincer.

Dans l'autre aile, le circuit hydraulique de la baignoire n'était pas fonctionnel, et l'on n'utilisait pas la baignoire. On remarquait qu'il y avait une accumulation de poussière et de débris dans la baignoire.

Un examen des horaires des bains du foyer indiquait que de nombreuses personnes résidentes avaient un bain de prévu dans une baignoire.

**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

Aucune des personnes résidentes du foyer, qui avaient une préférence pour un bain dans une baignoire, n'a vu sa préférence prise en compte pendant au moins trois semaines.

**Sources :** Observations, entretien avec du personnel et examen des horaires des bains. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

Avis écrit de non-conformité n° 011 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une PSSP utilisât des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'elle aidait une personne résidente.

Justification et résumé

On a remarqué que la personne résidente assise dans son fauteuil roulant penchait sur le côté. Pendant qu'elle assistait la personne résidente pour manger son repas, la PSSP l'avait remise en position centrée en utilisant une technique qui n'était pas sécuritaire, et la personne résidente avait exprimé sa douleur en disant « aïe ! ».

La PSSP a indiqué que la personne résidente penchait d'un côté, et qu'il fallait la changer de position fréquemment.

**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 programme de soins de la personne résidente ne fournissait pas de directive concernant ses besoins en changement de position pendant qu'elle était dans son fauteuil roulant,

Ne pas utiliser des techniques de changement de position sécuritaires avait occasionné de la douleur à la personne résidente et un risque de blessure.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretien avec une PSSP. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles**

Avis écrit de non-conformité n° 012 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Effets personnels et aides personnelles

Par. 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :  
a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente eût ses effets personnels étiquetés dans les 48 heures de leur acquisition, dans le cas de nouveaux effets.

Justification et résumé

On a mentionné que la personne résidente ne pouvait pas avoir des effets personnels, car ils étaient souvent pris et perdus, et notamment : brosses à dents, dentifrice, brosses à cheveux, déodorant, shampoing, et son soin nettoyant préféré.

**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

On remarquait des effets personnels non étiquetés dans la chambre de la personne résidente. Dans les toilettes partagées de la personne résidente, deux contenants en plastique contenaient divers effets personnels, et un troisième contenant en plastique avait des effets personnels qui appartenaient à une personne résidente qui ne vivait plus dans cette chambre; il y avait également une brosse à dents non étiquetée. Un autre jour, on a remarqué d'autres contenants en plastique et des effets personnels non étiquetés dans les toilettes de la personne résidente.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente perdait souvent ses effets personnels, et qu'elle ne savait pas quel contenant en plastique ou quels effets personnels appartenaient à la personne résidente, car ils n'étaient pas étiquetés. La PSSP a précisé que les effets personnels de la personne résidente devaient être étiquetés à l'aide d'un marqueur. La PSSP ne savait pas où trouver un marqueur permanent, car on n'en remarquait aucun dans la salle du matériel propre.

Une ou un IAA a indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel infirmier étiquette avec un marqueur les effets personnels des personnes résidentes, afin de pouvoir les retourner si on les trouvait dans la chambre d'une autre personne résidente. L'IAA a déclaré que tous les articles non étiquetés qui étaient dans les contenants en plastique dans les toilettes de la personne résidente devaient être jetés.

La ou le DSI a indiqué que tous les effets personnels des personnes résidentes devaient être étiquetés à l'aide d'un marqueur permanent noir, conformément à leur politique.

Ne pas étiqueter les effets personnels d'une personne résidente comportait le risque qu'ils soient utilisés par d'autres personnes résidentes, avec l'incidence éventuelle d'une contamination croisée et d'une infection.

**Sources :** Observations et entretiens avec 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 : Routines au coucher et au moment du repos

Avis écrit de non-conformité n° 013 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 45 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Routines au coucher et au moment du repos

Art. 45. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les routines d'une personne résidente au coucher et au moment du repos fussent appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Justification et résumé

On a indiqué que les routines d'une personne résidente pour se lever le matin et se coucher le soir n'étaient pas uniformes. La personne résidente préférait ne pas sortir du lit avant 7 à 8 heures, et ne pas aller au lit le soir avant 19 à 20 h.

Une PSSP a indiqué que ce matin-là, la personne résidente était debout avant qu'elle arrive pour prendre son poste de travail de jour.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait ses préférences en matière de routine pour dormir comme préférant se lever à 8 heures et aller au lit à 20 heures. Ce programme de soins indiquait également de faire lever la personne résidente à 6 heures.

Ainsi, le foyer n'appuyait pas ou ne favorisait pas les préférences individualisées de la personne résidente en matière de routine au coucher et au moment du repos afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

**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 de la personne résidente et entretiens avec du personnel et d'autres personnes. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Avis écrit de non-conformité n° 014 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'alinéa 55 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

d) tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin, compte tenu de son état et de la tolérance de sa charge tissulaire, sauf qu'il ne doit être changé de position pendant qu'il dort que si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente qui avait besoin du personnel pour ses changements de position fût changée de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin.

Justification et résumé

Lors de deux jours différents, on a remarqué que la personne résidente assise dans son fauteuil roulant penchait du même côté en étant dans la même position pendant près de trois heures. Sa position avait légèrement changé, au bout de presque trois heures, quand on l'avait amenée à la salle à manger à l'heure d'un repas et pour prendre des médicaments administrés par voie orale.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente penchait toujours du même côté dans son fauteuil roulant, et qu'il fallait la changer de position souvent. Une PSSP a déclaré que la personne résidente n'avait pas d'altération de l'intégrité épidermique ni de plaies ouvertes.

**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 programme de soins de la personne résidente ne précisait pas ses besoins en matière de changement de position quand elle était dans son fauteuil roulant. Il demandait au personnel de veiller à ce que la personne résidente ne soit pas toujours en position inclinée.

Ne pas changer de position la personne résidente, qui avait besoin de personnel pour changer de position dans son fauteuil roulant, présentait pour elle un risque important d'inconfort, de blessure et de déchirure de la peau.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec du personnel. [000725]

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Avis écrit de non-conformité n° 015 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de la disposition 79 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

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

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect du processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes fussent au courant de leurs régimes, de leurs besoins particuliers et de leurs préférences.

**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

Le titulaire de permis utilisait un programme logiciel de service d'alimentation, et un rapport du service des repas dressait la liste du régime alimentaire de chaque personne résidente. Les allergies et les intolérances alimentaires figuraient sur la liste.

Selon le rapport du service des repas, deux personnes résidentes avaient une intolérance alimentaire.

On a remarqué que les personnes résidentes mangeaient des aliments contraires à leur besoin évalué.

Ne pas se conformer au rapport du service des repas a eu pour effet que l'on a servi aux personnes résidentes des aliments pour lesquels elles avaient une intolérance.

**Sources :** Observations, examen des dossiers médicaux des personnes résidentes et du rapport du service des repas. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Avis écrit de non-conformité n° 016 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de la disposition 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

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

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de restauration et de collation du foyer comprît au minimum le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé

Une PSSP a donné à manger à une personne résidente son repas à texture modifiée.

La PSSP a mélangé la boisson de la personne résidente à son repas à texture modifiée et le lui a donné à manger.

Mélanger la boisson froide de la personne résidente avec son repas chaud peut avoir affecté le goût, la température et l'appétibilité de son repas.

Source : Observations. [551]

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Avis écrit de non-conformité n° 017 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de la disposition 79 (1) 7 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

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

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de restauration et de collation du foyer comprît au minimum un service de restauration un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Justification et résumé

1) Une PSSP a donné à manger à une personne résidente son plat principal dans la salle à manger.

**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 dessert a été fourni pendant que la personne résidente mangeait son plat principal.

La PSSP a donné à manger à la personne résidente une bouchée de dessert, puis a recommencé à lui faire manger le plat principal.

On a examiné le programme de soins de la personne résidente, et il n'y avait pas d'indication que l'on ne devait pas lui servir son repas un plat après l'autre.

La ou le gestionnaire de la nutrition a déclaré que l'on s'attendait à ce que le service des repas de chaque personne résidente se fasse un plat après l'autre.

**Sources :** Observations, examen du dossier médical d'une personne résidente et entretien avec la ou le gestionnaire de la nutrition [551]

2) On a servi sa soupe à une personne résidente. Avant que la soupe ne fût consommée, on a servi son plat principal, et une PSSP est venue s'asseoir pour l'aider à manger.

La personne résidente n'a pas essayé de manger toute seule avant que la PSSP vînt s'asseoir avec elle. Lorsque la PSSP a commencé à aider la personne résidente à manger sa soupe, elle était sur la table depuis 15 minutes.

On a examiné le programme de soins de la personne résidente, et il indiquait que celle-ci s'alimentait de manière autonome. Le programme indiquait que des portions plus petites servies en même temps pourraient faciliter l'ingestion des aliments. Des portions plus petites n'ont pas été servies en même temps dans le contexte d'une intervention pour faciliter l'ingestion des aliments, car la personne résidente n'a fait aucune tentative pour se nourrir elle-même avant que la PSSP vînt s'asseoir pour l'aider.

**Sources :** Observations et examen du dossier médical de la personne résidente. [551]

3) Une personne résidente a reçu sa soupe pendant qu'elle semblait dormir.

On lui a servi son plat principal et son dessert avant que la soupe fût consommée.

**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

On a examiné le programme de soins de la personne résidente, et il n'y avait pas d'indication que l'on ne devait pas lui servir son repas un plat après l'autre.

**Sources :** Observations et examen du dossier médical de la personne résidente. [551]

### **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Avis écrit de non-conformité n° 018 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de la disposition 79 (1) 9 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

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

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de restauration et de collation du foyer comprenne au minimum des techniques adéquates pour aider les personnes résidentes à manger.

Justification et résumé

Les PSSP en se tenant debout donnaient à manger aux personnes résidentes leurs plats principaux et leurs desserts à texture modifiée.

Une personne résidente toussait de façon intermittente, et à la fin du repas il s'agissait d'une toux grasse.

Une ou un aide aux activités se tenant debout aidait une personne résidente à manger. Au milieu du repas, cette personne a tiré une chaise et s'est assise pour faire manger la personne résidente.

La ou le gestionnaire de la nutrition a déclaré que le personnel devait être assis quand il donne à manger à des personnes résidentes à l'heure des repas.

**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** : Observations et entretien avec la ou le gestionnaire de la nutrition. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Avis écrit de non-conformité n° 019 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Par. 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'aucun repas ne fût servi à une personne résidente qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un fût disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé

1) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle nécessitait une aide considérable pour manger et boire, avec de l'aide d'ordre physique.

On lui a servi une soupe. Douze minutes après la soupe, qui n'avait pas été mangée, on a servi son plat principal.

Un membre du personnel a mis la fourchette de la personne résidente sur l'assiette et l'a incitée à manger. Une PSSP a coupé le plat principal de la personne résidente en morceaux de la taille d'une bouchée et l'a incitée à manger. Plusieurs membres du personnel ont prodigué des stimulations verbales pour que la personne mange, car elle semblait dormir et n'avait pas pris de cuillerée de soupe ni de bouchée du plat principal.

**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

Environ 20 minutes après que sa soupe était servie, et huit minutes après que son plat principal était servi, la personne résidente n'avait pas saisi un ustensile pour commencer à manger, et on ne lui avait pas offert d'aide physique pour manger ou pour boire. Une ou un IAA a offert à la personne résidente de la soupe suivie d'une bouchée de son plat principal et la personne résidente a repoussé la main de l'IAA.

Pendant vingt minutes, on n'avait pas fourni d'aide physique à la personne résidente pour manger ou pour boire.

En servant le repas avant que quelqu'un fût disponible pour offrir l'aide dont la personne résidente avait besoin, il se peut que le repas n'ait pas été idéalement appétissant pour elle.

**Sources :** Observations et examen du dossier médical de la personne résidente. [551]

2) Une personne résidente dépendait du personnel pour avoir de l'aide pour manger et boire.

Le repas de la personne résidente était placé sur la table de chevet pendant que la PSSP distribuait des repas à d'autres personnes résidentes qui mangeaient dans leur chambre, après quoi elle était revenue aider la personne résidente.

En aidant la personne résidente à manger 12 minutes après que son repas était servi, il se peut que le repas n'ait pas été idéalement appétissant pour celle-ci.

**Sources :** Observations et examen du dossier médical de la personne résidente. [551]

3) On a servi sa soupe à une personne résidente. Avant qu'elle commence à la consommer, on a servi son plat principal, et une PSSP s'est assise pour l'aider à manger.

La personne résidente n'a pas essayé de manger toute seule avant que la PSSP vînt s'asseoir avec elle. Lorsque la PSSP a commencé de l'aider à manger, sa soupe était sur la table depuis 15 minutes.

**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

En aidant la personne résidente à manger la soupe 15 minutes après qu'on l'avait servie, il se peut qu'elle n'ait pas été idéalement appétissante pour celle-ci.

Source : Observations. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Avis écrit de non-conformité n° 020 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect l'alinéa 93 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Par. 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 :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme structuré d'entretien ménager comporte des marches à suivre élaborées et mises en œuvre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Justification et résumé

Le linge de lit et les matelas de deux personnes résidentes avaient une forte odeur persistante d'urine. Un coussin de siège dans la chambre d'une personne résidente était recouvert d'une serviette, et celle-ci et le coussin de siège étaient mouillés par endroit et souillés.

Une aide-ménagère ou un aide-ménager a déclaré qu'il y avait un calendrier pour le nettoyage à fond des chambres des personnes résidentes. Pour venir à bout des odeurs persistantes d'urine, il utilisait un désodorisant en aérosol.

**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 et la marche à suivre du foyer concernant la façon dont on remédiait aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes indiquaient que tous les signalements d'odeurs nauséabondes persistantes feraient l'objet d'une enquête. L'administratrice ou l'administrateur et la ou le DSI étaient au courant de ces chambres qui avaient des odeurs nauséabondes persistantes et ont déclaré que la chambre d'une personne résidente nécessitait un nettoyage à fond, et qu'il était difficile au personnel d'entrer dans la chambre de l'autre personne résidente, car elle ne voulait pas partager son espace. On n'avait effectué aucune enquête concernant les odeurs persistantes.

Ne pas respecter la politique et la marche à suivre du foyer pour venir à bout des odeurs nauséabondes persistantes présentait des risques d'infection pour les personnes résidentes, et ne traitait pas la cause fondamentale des odeurs, et notamment leurs problèmes d'incontinence. L'utilisation d'un désodorisant en aérosol ne supprimait pas l'urine que l'on avait remarquée dans ces endroits et un nettoyage était requis.

**Sources :** Observations, examen de la politique intitulée Odeurs, et entretiens avec la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur. [000725]

**AVIS ÉCRIT : Services de buanderie**

Avis écrit de non-conformité n° 021 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de l'alinéa 95 (1) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services de buanderie

Par. 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le linge de maison, les débarbouillettes et les serviettes de bain sont toujours propres et sanitaires et sont maintenus en bon état et exempts de taches et d'odeurs;

**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 a omis de veiller à ce que, dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le linge de maison fût exempt de taches,

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, on a observé du linge de maison taché sur les draps-housses et les draps de dessus à des lits de personnes résidentes. On a observé plusieurs grandes auréoles de décoloration sur le linge de maison dans des chambres de personnes résidentes.

Une ou un aide aux services de buanderie a déclaré que le foyer avait une marche à suivre pour traiter les taches, mais que l'on avait cessé cette pratique. Il ou elle a déclaré que l'on devait jeter le linge de maison visiblement taché et non pas le remettre en circulation pour que les personnes résidentes s'en servent.

Le linge de maison des personnes résidentes n'était pas exempt de taches.

**Sources :** Observations et entretien avec une ou un aide aux services de buanderie. [551]

## **AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses**

Avis écrit de non-conformité n° 022 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée a omis de veiller à ce que les substances dangereuses du foyer fussent étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

**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

1) On a trouvé une cruche d'Excel Intervention dans une armoire non verrouillée d'une salle d'activités. Plusieurs jours après, la ou le responsable de la PCI a enlevé la cruche et a déclaré que l'on n'aurait pas dû la laisser là.

2) Le couvercle verrouillable d'un chariot de ménage était complètement ouvert, et le chariot était laissé sans surveillance dans une salle à manger pendant que le personnel était à une réunion dans l'autre aile du foyer.

Une personne résidente flânait dans la salle à manger. Quatre flacons de produits de nettoyage et un désodorisant en aérosol se trouvaient dans le chariot de ménage non verrouillé et étaient à la portée de la personne résidente.

Un autre jour, une aide-ménagère ou un aide-ménager a déclaré que le couvercle verrouillable du chariot de ménage devait être gardé fermé et verrouillé quand le chariot était laissé sans surveillance.

3) Une armoire de ménage était déverrouillée et n'était pas supervisée par le personnel. Tous les produits de nettoyage dans l'armoire étaient à la portée des personnes résidentes.

4) La porte d'une salle de thérapie était déverrouillée, et la salle n'était pas supervisée par le personnel. On était en train de la repeindre, et il y avait un pot de peinture ouvert sur un chariot. Une personne résidente flânait à proximité.

Les substances dangereuses n'étaient pas gardées hors de la portée des personnes résidentes, et l'exposition à une substance dangereuse ou son ingestion pouvait avoir de graves répercussions sur une personne résidente.

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

**AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

Avis écrit de non-conformité n° 023 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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 a omis de veiller à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) que délivre le directeur fût respectée par les PSSP en matière d'hygiène des mains, comme l'exigent les pratiques de base.

**Justification et résumé**

1) Une PSSP faisait manger une personne résidente dans la salle à manger. Elle est allée aider une personne résidente à la table à côté pour lui préparer son assiette, puis elle est revenue continuer de faire manger la personne résidente. La PSSP est allée au comptoir de service de la dépense et a pris un repas pour une autre personne résidente, a coupé la nourriture, l'a servie à la personne résidente, puis a aidé une personne résidente à la même table. La PSSP n'a pratiqué aucune hygiène des mains à aucun moment entre ses interactions avec ces quatre personnes résidentes.

2) Une PSSP a débarrassé et raclé les assiettes de trois personnes résidentes, et s'est essuyé les mains avec une serviette de table sèche. La PSSP a servi des desserts aux personnes résidentes à deux tables. Elle s'est ensuite essuyé les mains avec une serviette de table.

La ou le responsable de la PCI a indiqué que tout le personnel qui aide les personnes résidentes à prendre leurs repas était tenu de pratiquer l'hygiène des mains entre les interactions avec les personnes résidentes, et que l'hygiène des mains était obligatoire avant et après tous les contacts avec les personnes résidentes ou leur environnement, comme les tables, chaises, assiettes et couverts pendant le repas. La ou le responsable de la PCI a prouvé qu'il y avait des flacons de désinfectant pour les mains, des stations murales de désinfection et un évier pour que le personnel se lave les mains. Il ou elle a déclaré que l'usage des serviettes de table n'était pas considéré comme une hygiène des mains appropriée, car les serviettes ne contenaient pas de solvant dégraissant.

**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 pratiquer l'hygiène des mains comme l'exigent les quatre moments de l'hygiène des mains aurait pu accroître le risque de transmission d'une infection parmi les personnes résidentes et le personnel.

**Sources :** Observations et entretien avec la ou le responsable de la PCI. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à un médicament**

Avis écrit de non-conformité n° 024 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect du paragraphe 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments  
Par. 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

- (a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;
- (b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 66/23, par. 30.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause deux personnes résidentes fût a) documenté, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignées dans un dossier; et b) signalé à la personne résidente, à sa mandataire spéciale ou à son mandataire spécial, si elle en a un, à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, à la directrice médicale ou au directeur médical, au médecin traitant de la personne résidente ou bien à l'infirmière autorisée ou à l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite la personne résidente et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au

**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

fournisseur de services pharmaceutiques.

### Justification et résumé

Une personne résidente a signalé qu'elle avait une allergie et n'a consenti à recevoir le vaccin antigrippal que si l'infirmière ou l'infirmier confirmait qu'il ne contenait pas l'allergène. La personne résidente a déclaré que l'infirmière ou l'infirmier lui avait dit que l'allergène n'était pas présent dans le vaccin antigrippal, et il ou elle avait administré son vaccin antigrippal le plus récent.

Une ou un IAA a indiqué que si la personne résidente avait une allergie, il incombait au membre du personnel infirmier autorisé qui administrait le vaccin de vérifier les allergies avant d'administrer le vaccin.

Les dossiers médicaux de deux personnes résidentes ont été examinés avec la ou le responsable de la PCI. Les deux personnes résidentes avaient une allergie précise qui figurait dans leur dossier, et toutes les deux ont reçu le vaccin antigrippal en 2023. Les vaccins ont été administrés par le personnel infirmier autorisé du foyer.

Selon les directives du fabricant, l'administration de ce type précis de vaccin antigrippal était contre-indiquée chez toute personne présentant une réaction d'hypersensibilité systémique connue après une administration antérieure de tout vaccin antigrippal ou de toute composante du vaccin (y compris l'allergène en question).

Fournir à des personnes résidentes qui avaient une allergie à un vaccin contenant l'allergène constituait un risque important pour la santé et le bien-être de ces personnes résidentes en lien avec l'éventualité de réactions indésirables et allergiques. Ces incidents liés à des médicaments n'ont pas été recensés ni documentés dans le foyer, ce qui constituait un risque supplémentaire pour les personnes résidentes qui recevaient des vaccinations.

**Sources :** Examen des dossiers médicaux des personnes résidentes, du contenant de médicament et du mode d'emploi du fabricant, et entretiens avec une personne résidente et la ou le responsable de la PCI. [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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 – Portes dans le foyer**

Non-conformité n° 025 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Portes dans le foyer

Par. 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

### **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 veille à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce que ces portes soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Il doit :

A) mettre en place et effectuer des vérifications quotidiennes, y compris les fins de semaine et les jours fériés, et lors de postes de travail différents, pour veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées (sauf si elles sont directement supervisées par le personnel);

B) consigner les vérifications quotidiennes et veiller à ce que toute personne qui effectue une vérification signe et date le document de vérification;

C) prendre immédiatement des mesures correctrices si l'on trouve des portes donnant sur des aires non résidentielles déverrouillées et non directement supervisées par le personnel, mesure qui doit comprendre un suivi auprès du membre du personnel chargé de verrouiller la ou les portes;

D) effectuer les vérifications quotidiennes jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre;

**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

E) consigner dans un dossier les points A, B, C et D.

**Motifs :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles fussent verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

On a remarqué que les portes suivantes donnant sur les aires non résidentielles étaient déverrouillées et qu'il n'y avait pas de membre du personnel qui supervisait les portes dans ce secteur :

1) On accédait à la cuisine principale par les salles à manger de chaque aile du foyer. Chaque dépense avait une porte va-et-vient dotée d'un mécanisme de verrouillage. Avant de quitter la cuisine, une ou un aide en diététique a placé un chariot à collations dans l'entrée de porte d'une dépense en maintenant la porte va-et-vient en position ouverte.

Pendant un certain temps, alors que la cuisine n'était pas supervisée par le personnel, elle était pleinement accessible par les portes des dépenses. Une table à vapeur était en fonctionnement, on avait accès à une cuisine commerciale et à son équipement, et il y avait des risques de trébucher et de glisser.

La ou le gestionnaire de la nutrition a affirmé que les portes des dépenses n'étaient jamais verrouillées. Il ou elle a déclaré qu'il y avait une personne résidente qui entrait dans la cuisine pour prendre de l'eau au distributeur d'eau chaude, bien qu'on lui eût demandé de ne pas le faire en raison des risques pour la sécurité.

L'accès des personnes résidentes à la cuisine, qui est une aire non résidentielle, n'était pas interdit.

2) La porte donnant sur une pièce-penderie de linge propre n'était pas verrouillée. Lors d'observations ultérieures, on a invariablement trouvé la porte déverrouillée et non surveillée par le personnel.

**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

3) Une toilette du personnel n'était pas verrouillée. La pièce n'était pas dotée d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel. En raison de changements structurels qui avaient affecté la porte, on ne pouvait pas la fermer physiquement.

4) Dans le sous-sol, qui est une aire à laquelle les personnes résidentes peuvent accéder en prenant l'ascenseur, la salle du personnel n'était pas verrouillée ni supervisée par le personnel. Le bureau de la ou du responsable de la PCI n'était pas verrouillé ni supervisé par le personnel. Ni l'une ni l'autre de ces pièces n'était dotée d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel.

5) Une armoire de ménage était déverrouillée et n'était pas supervisée par le personnel. On y remarquait des produits de nettoyage.

6) Une salle de soins infirmiers était maintenue ouverte à l'aide d'un seau à ordures. La salle était laissée sans surveillance. Il y avait des articles de stock du gouvernement, et notamment des flacons de lactulose, un aérosol doseur et plusieurs tubes d'onguents et de crèmes prescrits. La ou le responsable de la PCI a déclaré que la porte aurait dû être verrouillée quand elle n'était pas supervisée, et il ou elle a verrouillé la porte. Un peu plus tard, on a trouvé la porte déverrouillée, et elle n'était pas supervisée par le personnel. Une ou un IAA a indiqué qu'on avait verrouillé la porte, mais que le verrou ne s'était pas enclenché, car la porte ne s'était pas fermée au loquet au moment de sa fermeture.

7) La porte d'une salle de thérapie était fermée et déverrouillée, et la salle n'était pas supervisée par le personnel. On était en train de la repeindre, et il y avait un pot de peinture ouvert sur un chariot. Une personne résidente flânait à proximité.

Les personnes résidentes risquaient d'avoir un accès non supervisé à des aires non résidentielles à haut risque.

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

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le** 23 avril 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

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 002 Foyer : milieu sûr et  
sécuritaire**

Non-conformité n° 026 – ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,  
alinéa 154 (1) 2.

**Non-respect de l'article 5 de la LRSLD 2021.**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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.

**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 enlever les verrous à coulisse placés sur la face  
extérieure des portes comme on l'indique à la rubrique des motifs du présent ordre.  
Il doit :

- A) faire une inspection visuelle de toutes les portes des toilettes accessibles aux  
personnes résidentes pour veiller à ce qu'aucune personne résidente ne puisse  
être enfermée ou bloquée dans les toilettes. Il s'agit, mais non exclusivement, de  
veiller à ce qu'il n'y ait pas de verrou à coulisse sur la face extérieure des portes;
- B) enlever immédiatement tout verrou trouvé comme on l'indique au point A;
- C) continuer d'inspecter visuellement toutes les portes des toilettes accessibles  
aux personnes résidentes jusqu'à ce que le titulaire de permis soit convaincu que  
les directives des éléments des points A et B aient été pleinement respectées;
- D) Consigner dans un dossier les points A, B et C.

**Motifs :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût un milieu sûr et sécuritaire  
pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

On a observé des verrous à coulisse sur la face extérieure des portes des toilettes  
dans les chambres de deux personnes résidentes. Ils étaient disposés environ aux  
trois quarts du sommet du cadre de porte.

**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

Dans un cas, il s'agissait d'une chambre à deux lits qui partageait une toilette avec une autre chambre. Il n'y avait pas de verrou à coulisse sur la porte de la toilette dans la chambre voisine.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une chambre avec services de base comportant une seule toilette partagée par deux personnes résidentes, et on y accédait par une seule porte.

Les PSSP ont déclaré que l'on avait mis des verrous aux portes des toilettes à la demande des personnes résidentes qui avait résidé auparavant dans les chambres. On n'avait pas enlevé les verrous lorsque les personnes résidentes qui les avaient demandés ne résidaient plus au foyer.

Le verrou à coulisse sur la face extérieure des portes des toilettes des personnes résidentes présentait le risque que l'une d'entre elles soit enfermée ou bloquée dans les toilettes sans être capable de débloquer le verrou de l'intérieur.

Source : Observations et entretiens avec des PSSP. [551]

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 16 avril 2024.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Services d'hébergement**

Non-conformité n° 027 – ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 2.

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

Services d'hébergement

Par. 19 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**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

**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 remédier à tous sujets de préoccupation recensés dans les motifs du présent ordre. Il doit :

- A) effectuer un audit complet de toutes les aires du foyer;
  - i) y compris, mais non exclusivement, toutes les chambres des personnes résidentes et toutes les aires communes;
  - ii) y compris toutes les surfaces (c.-à-d. murs, planchers), les accessoires fixes (c.-à-d. lampes, évier, toilettes, fenêtres), le matériel et l'ameublement;
- B) repérer toute aire du foyer, tout ameublement et matériel qui ne sont pas sûrs ou en bon état;
- C) mettre en œuvre des mesures correctrices pour traiter les articles recensés par l'audit complet du titulaire de permis du foyer, l'ameublement et le matériel, et y remédier;
- D) consigner dans un dossier les points A, B et C; veiller à ce que le document de vérification comprenne le nom de la ou des personnes qui ont effectué la ou les vérifications, ainsi que la ou les dates de la vérification et les dates des mesures correctrices.

Remarque : Le présent ordre de conformité ne remplace pas les exigences aux termes de l'article 356 du Règl. de l'Ont. 246/22.

**Motifs :**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel fussent entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Justification et résumé

Pendant la durée de l'inspection, on a fait de nombreuses observations concernant le foyer, l'ameublement et le matériel qui n'étaient pas sûrs ni en bon état. Les observations concernaient tout le foyer et notamment :

**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 revêtement de sol dans les salles de bains, les toilettes et les salles de douches des deux ailes n'était pas sûr et était en mauvais état. Le revêtement de sol en feuilles de plastique vinylique était cloué au mur, n'était pas de niveau avec le mur et créait des espaces que l'on ne pouvait pas nettoyer correctement. Des fentes ou des déchirures dans le revêtement de sol étaient recouvertes de ruban adhésif. Il y avait une déchirure dans une fente du sol qui laissait voir le bois en dessous.

Dans une aile, le plancher était soulevé, se gondolait et était spongieux par endroits. On nous a indiqué qu'il était dans ce mauvais état depuis un an environ, et qu'il n'y avait pas moyen de nettoyer le pourtour, de sorte que la poussière et les débris s'accumulaient sur les bords.

Dans l'autre aile, le revêtement de sol autour du siphon de sol près de la baignoire était boursouflé et craquelé. Une substance brune suintait des fissures du plancher et se ramassait dans le bouchon du siphon de sol. Un morceau de bande de transition en caoutchouc courait le long d'une plaque de transition, et celle-ci n'était pas de niveau avec le sol. Les carrelages étaient ébréchés.

Les baignoires des ailes sud et ouest n'étaient pas fonctionnelles pendant la durée de l'inspection.

Dans une aile, le circuit hydraulique de la baignoire ne fonctionnait pas. Il y avait un trou dans le bord supérieur, au pied de la baignoire, avec des bordures en dents de scie. La garniture de protection de la baignoire s'en détachait par endroits. Il y avait des débris le long du bord de la baignoire là où la garniture de protection s'était détachée.

Dans l'autre aile, la baignoire n'avait pas de bouchons, et on ne pouvait pas la remplir d'eau. On asseyait dans la baignoire les personnes résidentes qui préféraient prendre un bain dans une baignoire, et l'on utilisait la douchette pour les mouiller et les rincer. Le tuyau raccordé au distributeur mural du produit de nettoyage pour désinfecter la baignoire était décoloré par une substance de couleur brune.

**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 moustiquaires dans une salle de douches et dans une salle de bains étaient souillées de débris. Dans une aile, le calfeutrage entre le cadre et la bordure de la fenêtre était fissuré, et dans l'autre aile, il manquait la manivelle pour ouvrir et fermer la fenêtre.

Un avaloir de douche était bouché. Le personnel a indiqué que cette situation prévalait depuis des semaines. Les pieds d'au moins deux personnes résidentes avaient reposé dans la flaque d'eau qui s'écoulait lentement ou dans les eaux usées et les débris qui refluaient. L'avaloir a été débouché le 12 janvier 2024.

La porte de l'une des toilettes du personnel ne pouvait pas se fermer ni se verrouiller.

Dans les chambres des personnes résidentes, il y avait des taches de décoloration sur le sol des chambres et dans les toilettes communicantes.

Dans la chambre d'une personne résidente, dans les toilettes, un morceau de bande sur le support de l'étagère, entre la toilette et le lavabo, s'était détaché et laissait voir le bois en dessous. Le revêtement de sol sous le lavabo était bombé. Il y avait des débris de couleur brune sur le plancher, dans les coins du cadre de porte et le long de la plaque de transition dans les toilettes. Le coin inférieur de la porte des toilettes était usé, et l'on voyait le bois en dessous. On avait fait un trou pour faire passer le tuyau d'un climatiseur. La cloison sèche était friable et n'était pas de niveau avec le mur.

Dans une chambre de personne résidente, il y avait des fentes et des éraflures le long des murs et des cadres de porte.

Dans une chambre de personne résidente, la rampe d'accès dans l'embrasure de la porte de la salle de bains partagée était en très mauvais état. Les personnes résidentes qui partageaient cette chambre ont indiqué que le personnel d'entretien avait essayé de réparer le bord de l'embrasure de la porte en ajoutant une petite rampe, qui n'était pas fixée au plancher, ce qui présentait un risque important de trébuchement, et empêchait la porte de se fermer complètement pour préserver l'intimité. Les deux personnes résidentes ont indiqué que le bord de l'embrasure de la porte était en mauvais état depuis plusieurs mois. Un membre du personnel d'entretien a déclaré qu'il prévoyait de le réparer le lendemain. Ne pas veiller à ce

**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

que les personnes résidentes aient une embrasure de porte sûre en entrant dans leur salle de bains partagée constituait un risque important de blessure pour elles.

La machine à glace du foyer n'était pas fonctionnelle. Il n'y avait pas de glace pour les boissons des personnes résidentes. Le manque de machine à glace en bon état signifiait que l'on ne pouvait pas satisfaire les préférences des personnes résidentes pour les boissons glacées.

L'appui-tête du fauteuil roulant d'une personne résidente et le coussin de son siège thérapeutique n'étaient pas en bon état. L'appui-tête du fauteuil roulant de la personne résidente était tourné à l'opposé de la personne résidente, et il était très desserré. La personne résidente se penchait fortement sur un côté dans son fauteuil roulant. On a indiqué que l'appui-tête de la personne résidente était en mauvais état depuis quelques jours, qu'elle se penchait toujours d'un côté et nécessitait qu'on la change de position. On indiquait que l'appui-tête de la personne résidente avait besoin d'être resserré régulièrement, car il était en mauvais état. Le registre de maintenance du foyer a été examiné, et il n'y avait aucune mention que l'appui-tête de la personne résidente était en mauvais état. On a ajouté l'appui-tête de la personne résidente au registre de maintenance, et il a été réparé après que l'inspectrice avait attiré l'attention du foyer sur ce point.

Le coussin de siège thérapeutique de la personne résidente était dégonflé en son centre. Une PSSP a indiqué qu'elle devra demander au personnel du soir de le regonfler. Quatre jours plus tard, le coussin de siège thérapeutique de la personne résidente était dégonflé en son centre. Une ou un IAA a déclaré demander à un membre du personnel de le regonfler. Ne pas maintenir en bon état l'équipement et le dispositif d'aide au positionnement d'une personne résidente constituait un risque important de douleur, d'inconfort et d'altération de l'intégrité épidermique pour la personne résidente.

La nature généralisée des non-respects observés présentait un risque pour les personnes résidentes, car l'ameublement et le matériel du foyer n'étaient pas sûrs et en bon état.

**Sources :** Observations, entretiens avec des personnes résidentes et du personnel et examen du registre de maintenance. [551] [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

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 31 octobre 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

**INFORMATION SUR LES RÉEXAMENS ET LES APPELS****PRENEZ AVIS**

Le titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre cet ordre ou ces ordres en attendant le réexamen. Si le titulaire de permis demande le réexamen d'un avis de pénalité administrative, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à ce qu'il soit statué sur le réexamen.

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

La demande de réexamen présentée par écrit doit inclure :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative qui font l'objet de la demande de réexamen;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels  
Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée Ministère  
des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto, ON M7A 1N3

**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

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification est faite :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- (c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres ou le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Aux termes de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de ce qui suit devant la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un avis de pénalité administrative délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- (c) La décision du réexamen du directeur, délivrée en application de l'article 169 de la Loi, à l'égard de l'ordre de conformité d'un inspecteur ou d'une inspectrice (art. 155) ou d'un avis de pénalité administrative (art. 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire de permis décide de faire une demande d'appel, il doit présenter par écrit un avis d'appel dans les 28 jours suivant la date à laquelle on lui a signifié une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de son appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur :

**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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur ou de la registrateure  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels  
Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée Ministère  
des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto, ON M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et fournira des instructions relatives au processus d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS en visitant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).