

**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 original

**Date de publication du rapport : 25 octobre 2023**

**Numéro d'inspection : 2023-1011-0008**

**Type d'inspection :**

Suivi de plainte

**Titulaire de permis : 2629693 Ontario Inc.**

**Foyer de soins de longue durée et ville : Sarsfield Colonial Home, Sarsfield**

**Inspectrice principale**

Manon Nighbor (755)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Manon Nighbor  
signé numériquement par Manon Nighbor  
 Date : 2023.11.21 13:57:53 -05'00'

**Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)**

Kelly Boisclair-Buffam (000724)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4, 5, 6, 10, 11 et 12 octobre 2023.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Suivi n° : 1 — OC n° 002/2023-1011-0002, LRSLD 2021 art. 76 rôle et responsabilités de l'administratrice ou de l'administrateur, date d'échéance de mise en conformité 29 septembre 2023.
- Suivi n° : 1 — OC n° 002/2023-1011-0003, Règl. de l'Ont. 246/22, al. 123 (3) a) système de gestion des médicaments, date d'échéance de mise en conformité 29 septembre 2023.
- Suivi n° : 1 — OC n° 001/2023-1011-0003, Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102 (4) b) prévention et contrôle des infections (PCI), date d'échéance de mise en conformité 29 septembre 2023.
- Suivi n° 2 — OC n° 002/2022-1011-0001, Règl. de l'Ont. 246/22, par. 12 (1) portes dans le foyer, date d'échéance de mise en conformité 5 juin 2023, frais de réinspection de 500 dollars.
- Registre : n° 00091717 — plainte relative à l'administration, aux médicaments et au financement

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(s) de conformité délivré(s) antérieurement

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1011-0002 concernant l'article 76 de la LRSLD 2021, inspecté par Kelly Boisclair-Buffam (000724).

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1011-0003 concernant l'alinéa 102 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 inspecté par Manon Nighbor (755).

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1011-0003 concernant l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 inspecté par Manon Nighbor (755).

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2022-1011-0001 concernant le paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 inspecté par Kelly Boisclair-Buffam (000724).

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

- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Normes de dotation, de formation et de soins

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

**Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

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

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2023-1011-0003 signifié le 2 mai 2023, avec une date d'échéance de mise en conformité au 29 septembre 2023.

**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'évaluation et la mise en œuvre des trois politiques précises de gestion des médicaments n'ont pas été effectuées.

Justification et résumé

Au 12 octobre 2023, l'évaluation requise et les changements nécessaires aux trois politiques suivantes n'avaient pas été effectués :

- *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Orders 6.9 policy* (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin)

- *eMARS/eTARS (Medication and Treatment Administration Electronic Records) policy*, (politique relative aux RAME/RATe (registres électroniques d'administration des médicaments et des traitements).

*Quarterly Medication Review policy* (politique relative aux examens trimestriels des médicaments).

Le personnel qui s'occupe du système de gestion des médicaments n'avait donc pas reçu une formation concernant les politiques qui nécessitaient une mise à jour.

Ainsi, ne pas avoir mis à jour, mis en œuvre et partagé avec le personnel concerné les politiques relatives au système de gestion des médicaments, a potentiellement augmenté le risque d'erreurs liées à des médicaments.

**Sources** : Ébauche de gestion des médicaments, réunion sur la gestion des médicaments du 11 juillet 2023, réunion du Comité consultatif professionnel du 29 septembre 2023 et entretiens avec un membre du personnel. [755]

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré concernant cet avis écrit APA n° 001**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001 en lien avec l'avis écrit de non-conformité n° 001**

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

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

**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

**Antécédents de conformité :**

Suivi n° : 1 — L'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 relativement au système de gestion des médicaments avec date d'échéance de mise en conformité au 29 septembre 2023 n'a pas été respecté. Un avis écrit aux termes du par. 104 (4) de la LRSLD est émis et comprend un APA.

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

Une facture comportant les renseignements relatifs au paiement sera fournie par courrier séparé après signification du présent avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer un APA à partir des fonds d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [p. ex., soins infirmiers et soins personnels; programme et services de soutien personnel et aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes pour payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Conditions du permis****Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2022-1011-0001 signifié le 5 janvier 2022, avec une date d'échéance de mise en conformité au 5 juin 2023.

**Justification et résumé :**

Le 4 octobre 2023 :

L'inspectrice a observé les deux portes du niveau inférieur donnant accès à la cage d'escalier. Les deux portes étaient gardées fermées. La porte donnant sur le couloir du niveau inférieur n'était pas dotée d'un mécanisme de verrouillage ni d'une alarme sonore. La porte communicante entre la salle à manger et la cage d'escalier n'était pas dotée d'une alarme sonore.

Il n'y avait pas de système de communication bilatérale qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation, branché sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, ou branché sur un panneau de contrôle audiovisuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

L'administratrice ou l'administrateur ou le titulaire de permis a déclaré souhaiter obtenir un autre devis pour l'installation d'une serrure magnétique. Cette personne a indiqué en outre que la révision

**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

des serrures magnétiques devrait commencer fin octobre 2023.

Au 12 octobre 2023, les deux portes ne répondaient pas aux exigences prévues par la loi conformément à l'ordre de conformité n° 002.

**Sources :**

Entretien avec l'administratrice ou l'administrateur ou le titulaire de permis, observations des portes, examen de documents sous forme de courriels.  
[000724]

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré concernant cet avis écrit (APA) n° 002**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 002 lié à l'avis écrit (AE) n° 002**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 2 200 dollars dans les 30 jours suivant la date de la facture.

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

**Antécédents de conformité :**

Un avis écrit, émis le 11 juillet 2023 lors de l'inspection 2023-1011-0004 ayant trait à l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2022-1011-0001 avec une date d'échéance de mise en conformité au 5 juin 2023, a été jugé non respecté.

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

Une facture comportant les renseignements relatifs au paiement sera fournie par courrier séparé après signification du présent avis. Les titulaires de permis ne doivent pas payer un APA à partir des fonds d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [p. ex., soins infirmiers et soins personnels; programme et services de soutien personnel et aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes pour payer l'APA.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District d'Ottawa**

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

## AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

### Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

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

Le titulaire permis n'a pas mis en œuvre, une norme ou un protocole que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

En particulier, concernant la section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* d'avril 2022. Le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI.

Au minimum, les pratiques de base doivent comporter ce qui suit :

- a) le recours à des évaluations des risques de maladies infectieuses, y compris, mais non exclusivement, les évaluations des risques au point d'intervention;
- d) l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée; et au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure :
  - a) des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait à l'éventualité de transmission par contact et aux précautions requises;
  - b) des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait à l'éventualité de transmission par gouttelettes et aux précautions requises;
  - d) des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait aux précautions combinées;
  - e) une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de prévention et contrôle des infections sont en place.

#### Justification et résumé :

En octobre 2023 :

Les inspectrices ont observé qu'il n'y avait pas d'équipement de protection individuelle (EPI) disponible à l'extérieur de sept chambres de personnes résidentes où il y avait un écriteau affiché concernant les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes.

On remarquait que les membres du personnel et les visiteurs portaient un masque chirurgical bleu et des gants en entrant dans les chambres de personnes résidentes identifiées. Un membre du personnel a confirmé qu'il portait seulement des gants et un masque chirurgical bleu quand il fournissait des soins dans les chambres déterminées. Les membres du personnel ont indiqué que les sept personnes résidentes étaient asymptomatiques et avaient un résultat négatif au test de COVID.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Un membre du personnel a confirmé que l'écriteau concernant les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes pour les sept chambres de personnes résidentes était affiché pour accroître la vigilance. Il a indiqué que les personnes résidentes n'étaient pas en isolement et qu'elles préféraient rester dans leur chambre.

Un membre du personnel a confirmé que l'écriteau concernant les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes pour les sept chambres de personnes résidentes avait été affiché deux jours auparavant, alors qu'à ce moment-là, une seule personne résidente du foyer avait été déterminée symptomatique et avait eu un résultat positif au test de la COVID.

**Sources :** Observations, liste des personnes résidentes désignées comme symptomatiques avec un résultat positif au test de la COVID, section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* d'avril 2022, et entretiens avec plusieurs membres du personnel. [755]

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

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

Non-respect de l'alinéa 268 (8) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient évalués et mis à jour, au moins une fois par année, notamment la mise à jour de toutes les coordonnées des entités à contacter en cas d'urgence

#### Justification et résumé

Les exemplaires du Manuel de planification des mesures d'urgence et de protection contre les incendies ont été examinés. La dernière année de révision et de mise à jour attestée était en 2011. Après un nouvel examen des chaînes téléphoniques en cas d'urgence, la dernière liste de personnel actualisée datait de 2017.

Un membre du personnel a confirmé que le foyer n'avait pas mis à jour ni révisé ses exemplaires du manuel et savait qu'une mise à jour annuelle est requise.

En ne mettant pas à jour et en ne révisant pas les exemplaires du Manuel de planification des mesures d'urgence et de protection contre les incendies et les chaînes téléphoniques en cas d'urgence, le 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

pouvait courir le risque d'un retard dans l'assistance aux personnes résidentes en cas d'urgence.

**Sources :**

Entretiens avec un membre du personnel, examen des exemplaires du Manuel de planification des mesures d'urgence et de protection contre les incendies dans le bureau de l'administratrice ou de l'administrateur et dans les unités de soins.

[000724]

**AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION**

En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est soumis à des frais de réinspection de 500 dollars à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent, car il s'agit au minimum de la deuxième inspection de suivi pour déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants aux termes de l'article 155 de la LRSLD ou de l'article 153 de la LFSLD 2007.

Ordre de conformité n° 002/2023-1011-0001\_ Règl. de l'Ont. 246/22 — par. 12 (1) portes dans le foyer, date d'échéance de mise en conformité : 5 juin 2023. Suivi n° 1 AE n° 001/2023-1011-0004\_ LRSLD, 2021, par. 104 (4) Conditions du permis, 22 juin 2023, APA de 1 100 dollars.

Suivi n° 2 AE 2023-1011-0008\_ LRSLD 2021, par. 104 (4) Conditions du permis, APA de 2 200 dollars et frais de réinspection.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer des frais de réinspection à partir des fonds d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [p. ex., soins infirmiers et soins personnels; programme et services de soutien personnel et aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes pour payer des frais de réinspection.