

Rapport public

Date d'émission du rapport : 10 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1510-0004

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : St. Patrick's Home of Ottawa Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : St. Patrick's Home, Ottawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 25 au 29 août 2025, ainsi que 2 au 10 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00155912 – Inspection proactive de la conformité

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

Soins de la peau et prévention des plaies
 Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
 Conseils des résidents et des familles
 Alimentation, nutrition et hydratation
 Gestion des médicaments
 Prévention et contrôle des infections
 Foyer sûr et sécuritaire
 Prévention des mauvais traitements et de la négligence
 Amélioration de la qualité
 Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
 Droits et choix des personnes résidentes
 Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 43(5)a) de la LRSLD

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

Paragraphe 43(5) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les résultats du sondage sont documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil en application du paragraphe (4).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les résultats du sondage sur la qualité de vie des familles de 2024 soient consignés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles.

Lors d'entretiens, la directrice générale ou le directeur général et la personne responsable de l'amélioration constante de la qualité ont confirmé que les résultats du sondage sur l'expérience des familles et des fournisseurs de soins n'avaient pas été communiqués aux conseils en raison du faible taux de réponse.

Sources : Procès-verbal de la réunion; document de mise à jour concernant le sondage sur l'expérience des familles de 2024; entretiens avec la personne responsable de l'amélioration constante de la qualité et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 12(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une porte qui donnait sur un balcon dans une aire habitée par des personnes résidentes soit verrouillée.

Le 27 août 2025, le 3 septembre 2025 et le 4 septembre 2025, les inspectrices ou inspecteurs n° 720492 et n° 740814 ont constaté qu'une porte qui donnait sur un balcon dans une aire habitée par des personnes résidentes n'était pas verrouillée ni surveillée.

Sources : Démarches d'observation menées sur plusieurs jours au cours de l'inspection.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Durant trois mois donnés, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la température ambiante soit mesurée et consignée quotidiennement, et ce, dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer et dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer.

Sources : Registres de la température ambiante du foyer; entretien avec la ou le gestionnaire des installations.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

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

Non-respect du : paragraphe 24(3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24(3) – La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on consigne la température ambiante qui doit être mesurée dans des chambres à coucher de personnes résidentes et dans une aire commune pour les personnes résidentes, et ce, au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre midi et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. En effet, à plusieurs reprises au cours de trois mois donnés, on a omis de consigner la température mesurée dans les aires requises, notamment dans deux chambres à coucher de personnes résidentes différentes, dans une aire commune et/ou dans une aire de refroidissement désignée à chaque étage.

Sources : Examen des registres de la température ambiante du foyer; entretien avec la ou le gestionnaire des installations.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102(11)a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(11) – Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence.

Dans le contexte de l'alinéa 11b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que ses politiques et marches à suivre écrites concernant les épidémies de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

maladies soient immédiatement communiquées au bureau de santé publique, conformément aux exigences de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis a omis de respecter sa politique et ses marches à suivre pour la gestion des épidémies; plus précisément, il a omis de respecter la marche à suivre pour le signalement d'une épidémie de maladie. Selon la politique du foyer sur la gestion des épidémies (VIPC 16.00; révisée en mai 2024), il faut immédiatement signaler toute épidémie à Santé publique Ottawa.

Plus précisément, en août 2025, deux personnes résidentes de la même unité ont présenté des symptômes correspondant à la définition de cas d'une épidémie de maladie gastro-intestinale. Toutefois, ce n'est que deux jours plus tard qu'on a prévenu le bureau de Santé publique Ottawa.

Sources : Liste des personnes résidentes touchées par l'épidémie; évaluation de l'événement; politique sur la gestion des épidémies (VIPC 16.00; révisée en mai 2024); entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA).

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : sous-alinéa 168(2)6i du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(2) – Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport de 2024 sur l'amélioration constante de la qualité du foyer contienne un relevé écrit des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, compte tenu des résultats consignés du sondage sur l'expérience des familles, ainsi que les dates auxquelles ces mesures ont

été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Plus précisément, la personne responsable de l'amélioration constante de la qualité et la directrice générale ou le directeur général ont confirmé lors d'un entretien qu'elles ou ils ne pouvaient pas fournir de documents liés au sondage sur l'expérience des familles de 2024 qui pourraient répondre à ces exigences. En effet, en raison du faible taux de réponse, les données étaient insuffisantes. Ainsi, on s'est uniquement appuyé sur les commentaires recueillis au moyen du sondage dans le cadre des démarches d'amélioration constante de la qualité du foyer.

Sources : Rapport de 2024 sur l'amélioration constante de la qualité; document de mise à jour concernant le sondage sur l'expérience des familles de 2024; plan de mise en œuvre de 2025; entretiens avec la personne responsable de l'amélioration constante de la qualité et la directrice générale ou le directeur général.