

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 : 20 février 2024

Numéro d'inspection : 2023-1287-0005

Type d'inspection :

Suivi de plainte relative à un incident critique

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 : Pinecrest (Plantagenet), Plantagenet

Inspectrice principale

Joelle Taillefer (211)

Signature numérique de l'inspectrice

Joelle Taillefer

signé numériquement par Joelle Taillefer

Date : 2024.02.27 18 h 44 min 5 s -05'00'

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

Manon Nighbor (755)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

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'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17 et 19 janvier 2024, et 23 janvier 2024 (à l'extérieur du foyer).

Les éléments suivants ont été inspectés :

Plainte :

- Registre : n° 00099493 – concernant ce qui suit : allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente, gestion des médicaments, foyer sûr et sécuritaire, et rapports et plaintes.
- Registre : n° 00103067 – concernant ce qui suit : foyer sûr et sécuritaire, prévention et contrôle des infections, et prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Rapport d'incident critique (RIC)

- Registre : n° 00100418 – concernant la prévention des chutes, et un incident qui a causé une lésion à une personne résidente provoquant un changement important dans son état de santé.
- Registre : n° 00100649 – concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente, et un comportement réactif.
- Registre : n° 00101970 – concernant un suivi relatif à la prévention et au contrôle des infections.

Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre de conformité suivant délivré antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1287-0004 effectuée par Joelle Taillefer (211) concernant le paragraphe 184 (3) 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

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion des médicaments

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD 2021.

Programme de soins

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

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la prestation des soins d'une personne résidente prévus dans le programme de soins, relativement à la sécurité concernant deux comportements réactifs, qui indiquait de contrôler toutes les 15 minutes le lieu où se trouvait la personne résidente, fût documentée dans la

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

rubrique intervention/tâche.

Justification et résumé :

À une date de 2023, les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'elle manifestait un comportement réactif précis dans les corridors, et qu'on l'avait observée secouer une poignée de porte.

Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait suivi dehors sans manteau un membre d'une autre famille. Elle était allée au coin du bâtiment et avait commencé à revenir, car il faisait trop froid dehors.

Vingt-six jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle était sortie par la porte principale lorsque le personnel du soir avait ouvert la porte. La personne résidente avait été immédiatement ramenée à l'intérieur du foyer. Les notes d'évolution indiquaient qu'elle continuerait d'être surveillée.

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle avait trois comportements réactifs déterminés. Les interventions devaient consister à la surveiller toutes les 15 minutes et à consigner les observations dans l'interface *Point of Care* (POC).

L'inspectrice 211 a examiné le *Documentation Survey Report* de la personne résidente pendant deux mois précis, et elle a constaté qu'il n'y avait pas de documentation relativement à la sécurité concernant les deux comportements réactifs déterminés qui précisait de contrôler l'endroit où se trouvait la personne résidente toutes les 15 minutes et au besoin, afin de veiller à la sécurité des personnes résidentes, et ce pour plusieurs dates et heures.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la porte de l'entrée principale était toujours verrouillée et ne pouvait être ouverte qu'en appuyant sur les chiffres du code du clavier de la porte sécurisée dont le numéro demeure

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

confidentiel. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'il supposait que c'était un membre d'une famille qui avait laissé la personne résidente sortir du foyer à la date déterminée.

Un autre membre du personnel infirmier autorisé a affirmé ne pas avoir vu la personne résidente sortir du foyer à la date déterminée, car à ce moment-là, il était en train de consigner des notes au dossier. Il a déclaré avoir reçu un appel téléphonique et avoir alors entendu quelqu'un crier qu'une personne résidente était dehors. Le membre du personnel infirmier autorisé croyait que la personne résidente avait suivi un membre d'une famille qui sortait du foyer, car il avait entendu par hasard un membre d'une famille dire qu'il avait laissé sortir la personne résidente.

Comme les membres du personnel n'avaient pas documenté toutes les 15 minutes l'endroit du foyer où se trouvait la personne résidente ainsi qu'on l'indiquait dans son programme de soins, il y avait un risque qu'elle puisse sortir du foyer.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec deux membres du personnel infirmier autorisé.

[211]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-**respect 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 réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous

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 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 la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins, et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Justification et résumé :

À une date de 2023, une personne résidente a fait une chute. Elle a subi une blessure et est revenue de l'hôpital au foyer cinq jours plus tard.

Neuf jours après, le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'utilisation d'un dispositif d'alerte électronique, comme deux appareils déterminés, constituait une intervention pour prévenir ses chutes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice n'a pas remarqué que les deux appareils déterminés étaient en place à titre d'intervention pour prévenir les chutes de la personne résidente.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la personne résidente n'a pas besoin des deux appareils déterminés, car elle ne sort pas de son fauteuil roulant.

Ainsi, on n'avait pas révisé le programme de soins écrit après que les besoins en soins de la personne résidente avaient évolué et que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

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 : Dossier médical d'une personne résidente, observation, et entretien avec un membre du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du paragraphe **24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un examen des fiches de température de l'*Humidex Heat Stress Response Plan Log* [registre du plan d'intervention en matière de stress thermique fondé sur l'indice humidex] du titulaire de permis, pour la période du 13 novembre 2023 au 7 janvier 2024, indiquait que certaines chambres de personnes résidentes déterminées n'étaient pas maintenues à au moins 22 degrés Celsius lors de plusieurs dates, le matin, chaque après-midi entre 12 h et 17 h, et le soir ou la nuit.

Lors d'une date déterminée de 2024, un membre du personnel et l'inspectrice 211 ont observé plusieurs aires du foyer où les températures n'étaient pas maintenues à au moins 22 degrés Celsius comme suit :

- À 13 h 7, dans deux chambres de personnes résidentes d'une aile déterminée, dans la salle d'activités, la salle à manger et au début du corridor de l'aile est en direction de l'entrée principale.
- À 14 h 54, dans cinq chambres de personnes résidentes d'une aile déterminée, dans la salle d'activités, la salle à manger, le couloir de l'aile nord et l'entrée principale.

Le lendemain, de 11 h à 11 h 15, un membre du personnel et l'inspectrice 211 ont observé diverses aires du foyer où les températures n'étaient pas maintenues à au moins 22 degrés Celsius, à savoir dans trois chambres de personnes résidentes d'une aire déterminée, dans la salle d'activités, la salle à manger et l'entrée principale.

La directrice générale ou le directeur général a affirmé que les températures documentées du 13 novembre 2023 au 7 janvier 2024 dans l'*Humidex Heat Stress Response Plan Log* [registre du plan d'intervention en matière de stress thermique fondé sur l'indice humidex] du titulaire de permis étaient consignées correctement.

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 directrice générale ou le directeur général a déclaré que l'une des unités de chauffage sur le toit qui desservait les aires communes (salle d'activités, salle à manger et entrée principale) était en panne depuis mai 2023.

Ainsi, les personnes résidentes pouvaient ressentir de l'inconfort lorsque la température n'était pas maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Sources : Examen des feuilles de température de l'*Humidex Heat Stress Response Plan Log* [registre du plan d'intervention en matière de stress thermique fondé sur l'indice humidex] du titulaire de permis, observation des températures dans diverses aires par un membre du personnel et l'inspectrice 211, et entretien avec la directrice générale ou le directeur général. [211]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

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

Température ambiante

Par. 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 la température soit mesurée à chaque étage du foyer, dans une aire commune pour les personnes résidentes pouvant comprendre un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir, 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, et à ce que cette température soit consignée.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un examen de la feuille de température intitulée *Humidex Heat Stress Response Plan Log* [registre du plan d'intervention en matière de stress thermique fondé sur l'indice humidex] pour la période du 13 novembre au 7 janvier 2024, indiquait que la température d'une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, pouvant comprendre un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir, n'était pas documentée 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, excepté les 4 et 5 janvier 2024, dans l'après-midi, entre 12 h et 17 h.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice 211 a observé que la salle d'activités servait de salle à manger.

À une date déterminée, une personne résidente a déclaré que la salle d'activités était froide ce jour-là et la veille. Une autre personne résidente a affirmé que la salle d'activités était froide depuis les deux dernières semaines. Deux autres personnes résidentes ont déclaré que la salle d'activités était froide. Une autre personne résidente a affirmé qu'il y avait des jours où la température de la salle à manger était froide en fonction de la température extérieure.

La directrice générale ou le directeur général (DG) a déclaré qu'il fallait réviser leur processus de consignation des températures puisque les températures d'une aire commune pour les personnes résidentes n'avaient pas été mesurées et consignées une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Sources : Examen des feuilles de température de l'*Humidex Heat Stress Response Plan Log* [registre du plan d'intervention en matière de stress thermique fondé sur l'indice humidex] du titulaire de permis, observation des températures dans diverses aires par un membre du personnel et l'inspectrice 211, et entretiens avec la directrice générale ou le 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

général et des personnes résidentes.

[211]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition **57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Gestion de la douleur

Par. 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de gestion de la douleur doive, au minimum, prévoir la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Justification et résumé :

À une date de 2023, une personne résidente a fait une chute. Elle a subi une blessure et est revenue de l'hôpital au foyer cinq jours plus tard.

Entre les deux dates déterminées de 2023, à trois reprises distinctes, on a administré à la personne résidente un médicament pour sa douleur, et l'on n'a pas indiqué ses réactions à l'analgésique ni l'efficacité de celui-ci.

À une date de 2024, un membre du personnel infirmier autorisé, et ensuite la ou le DSI le lendemain, ont tous deux confirmé que l'on aurait dû trouver mention de l'efficacité du médicament dans le registre électronique d'administration des médicaments (RAME), ce qui aurait automatiquement alimenté les notes

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

d'évolution, et cela n'avait pas été fait.

Ainsi, la personne résidente risquait de ne pas avoir de suivi et de gestion efficaces de sa douleur.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente et entretiens avec des membres du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect du paragraphe **57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Par. 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé :

À une date de 2023, une personne résidente a fait une chute. Elle a subi une blessure et est revenue de l'hôpital au foyer cinq jours plus tard.

Huit jours après, on a administré un médicament déterminé pour la douleur de la

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

personne résidente, on avait évalué son efficacité et trouvé qu'il avait été inefficace. Aucune autre mesure n'était mentionnée dans le dossier médical de la personne résidente.

Le lendemain, on avait administré un autre analgésique, on avait évalué son efficacité et trouvé qu'il était inefficace. Aucune autre mesure n'était mentionnée dans le dossier médical de la personne résidente.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que l'on aurait dû documenter l'efficacité du médicament et effectuer une évaluation de la douleur. On n'a trouvé aucune évaluation de la douleur dans le dossier médical de la personne résidente à ces dates précises. Le même jour, un membre du personnel infirmier autorisé a dit que l'on aurait dû documenter l'efficacité du médicament.

Ainsi, l'on n'a pas effectué d'évaluation de la douleur après avoir trouvé que les médicaments étaient inefficaces, ce qui fait qu'il était difficile de déterminer si l'on avait mis en œuvre une autre stratégie ou intervention en matière de douleur pour gérer la douleur de la personne résidente.

Sources : Dossier médical pertinent d'une personne résidente, entretiens avec la ou le DSI et un membre du personnel infirmier autorisé.

[755]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

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

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis a omis de documenter les comportements réactifs d'une personne résidente et la réaction de cette dernière aux interventions.

Justification et résumé :

Le programme de soins actuel d'une personne résidente prouvait qu'elle avait des comportements réactifs déterminés.

À une date de 2023, le médecin traitant avait documenté que « les comportements réactifs déterminés de la personne résidente augmentaient, et qu'il y avait des ripostes occasionnelles ».

Quarante-sept jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'une personne résidente déterminée avait un comportement réactif particulier envers elle et que quelqu'un avait mis un terme à l'agression.

Le *Documentation Survey Report* de la personne résidente que l'on avait commencé à rédiger à une date de 2023, mentionnait de consigner les comportements réactifs de la personne résidente toutes les 30 minutes. Le membre du personnel chargé de rédiger le *Documentation Survey Report* de la personne résidente n'avait pas consigné d'entrées pour plusieurs jours et heures d'un mois de 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

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré avoir été informé par une personne déterminée à une date de 2023, qu'elle avait empêché une personne résidente déterminée de se livrer à une interaction potentiellement dangereuse envers la personne résidente.

Ainsi, les comportements réactifs de la personne résidente et les réactions aux interventions n'étaient pas consignés dans le *Documentation Survey Report* pour surveiller ses comportements réactifs toutes les 30 minutes.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente déterminée, programme de soins d'une autre personne résidente, *Documentation Survey Report* pendant un mois de 2023, et entretien avec un membre du personnel infirmier autorisé.

[211]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect 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 mettre en œuvre les normes que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les*

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

foyers de soins de longue durée révisée en 2023, l'exigence supplémentaire figurant à la disposition 10.4 h) indiquait que le titulaire de permis veille à offrir un soutien aux résidents pour qu'ils pratiquent l'hygiène des mains avant les repas.

Justification et résumé :

À une date de 2024, l'inspectrice 211 a observé un membre du personnel qui amenait une personne résidente dans son fauteuil roulant à la salle à manger. L'inspectrice 211 n'a pas remarqué que les mains de la personne résidente étaient nettoyées et désinfectées avant son repas.

Le membre du personnel a confirmé que les mains de la personne résidente n'étaient pas nettoyées et désinfectées avant son repas.

Ainsi, il y avait un risque pour la santé et la sécurité de la personne résidente, car ses mains n'étaient pas nettoyées et désinfectées avant son repas à une date de 2024.

Sources : Observations de l'inspectrice 211 et entretien avec un membre du personnel.

[211]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de la disposition **115 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une

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

part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, de l'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Justification et résumé :

Un examen du rapport d'incident critique soumis le 15 janvier 2024 indiquait que la déclaration de l'écllosion de l'infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) pour une grippe de type A avait eu lieu le 14 janvier 2024.

Le 11 janvier 2024, l'inspectrice 211 a été informée par la spécialiste régionale ou le spécialiste régional de la prévention et du contrôle des infections (PCI) que le foyer était actuellement déclaré en situation d'écllosion de maladie respiratoire.

Le 15 janvier 2024, la spécialiste régionale ou le spécialiste régional de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a déclaré être avisé que l'écllosion de maladie respiratoire concernait la grippe A.

La directrice générale ou le directeur général a confirmé que l'on n'avait pas immédiatement avisé le directeur lorsque le foyer était déclaré en situation d'écllosion de maladie respiratoire le 11 janvier 2024.

Ainsi, il y avait un risque que le directeur ne puisse pas faire le suivi de

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'éclosion lorsque le foyer était déclaré en situation d'éclosion de maladie respiratoire le 11 janvier 2024.

Sources : Examen du rapport d'incident critique. Entretien avec la spécialiste régionale ou le spécialiste régional de la prévention et du contrôle des infections, et avec la directrice générale ou le directeur général.

[211]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de la disposition **115 (3) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

1. Un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Le titulaire de permis a omis de veiller à aviser le directeur, conformément au paragraphe 5, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident lorsqu'une personne résidente a été portée disparue depuis moins de trois heures et est retournée au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Justification et résumé :

À une date de 2023, les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient

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 manifestait un comportement réactif déterminé dans les corridors, et qu'on l'avait observée en train de secouer la poignée d'une porte.

Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait suivi dehors sans manteau un membre d'une autre famille. La personne résidente était allée au coin du bâtiment et avait commencé à revenir, car il faisait trop froid dehors.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'un membre du personnel avait informé un membre identifié du personnel infirmier autorisé, à une date de 2023, que l'on avait vu d'une fenêtre une personne résidente à l'extérieur du foyer. La personne résidente se trouvait au coin du foyer dans le terrain de stationnement. Le membre du personnel infirmier autorisé a affirmé que lorsqu'on avait trouvé la personne résidente dehors, on l'avait ramenée à la porte d'entrée principale en informant un membre identifié du personnel infirmier autorisé qu'il faisait trop froid dehors. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la porte avant était toujours verrouillée et ne pouvait être ouverte qu'en composant les chiffres du code du clavier de la porte sécurisée dont le numéro demeure confidentiel. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que ce membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas informé la directrice générale ou le directeur général. On présume que c'était un membre d'une famille qui avait laissé sortir la personne résidente du foyer.

Le membre identifié du personnel infirmier autorisé a déclaré avoir observé la personne résidente dans le foyer cinq minutes avant d'être informé qu'on l'avait trouvée dehors à une date de 2023.

La directrice générale ou le directeur général a confirmé avoir été informé que des membres du personnel avaient trouvé la personne résidente dehors à une

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

date de 2023, et que le directeur n'avait pas été avisé de l'incident.

Ainsi, la directrice générale ou le directeur général n'avait pas avisé le directeur au plus tard un jour ouvrable après avoir trouvé la personne résidente dehors pendant moins de trois heures et que celle-ci était retournée au foyer sans lésion ni aucun changement indésirable de son état à une date de 2023.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec du personnel infirmier autorisé et la directrice générale ou le directeur général.
[211]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect du sous-alinéa **115 (3) 2. ii du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures, notamment :

ii. une panne d'un équipement important ou d'un système au foyer,

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le directeur soit informé, au plus tard un jour ouvrable après, lorsque l'une des trois installations de chauffage de toit qui desservait les aires communes était en panne depuis mai 2023, ce qui avait affecté le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes pendant une

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

période de plus de six heures.

Justification et résumé :

Au cours de cette inspection, on a déterminé que l'une des trois installations de chauffage de toit qui desservait les aires communes était en panne depuis mai 2023.

Le 10 mai 2023, le rapport d'entretien de Thermogenics Boilers – Intelligent Steam indiquait que les trois unités de toit de l'échangeur de chaleur TRANE étaient inspectées. Le rapport indiquait que l'échangeur de chaleur de l'une de ces trois unités était défectueux.

La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que l'unité de toit de l'échangeur de chaleur TRANE défectueuse était l'installation de chauffage qui fournissait de la chaleur pour la salle d'activités, la salle à manger et l'entrée principale.

Le 4 janvier 2024, à 14 h 54, et le 5 janvier 2024 à 11 heures, l'inspectrice 211 accompagnée d'un membre du personnel a mesuré la température ambiante dans la salle d'activités, la salle à manger et l'entrée principale, et remarqué qu'elle était inférieure à 22 degrés Celsius. Le manquement à l'obligation de maintenir la température du foyer à au moins 22 degrés Celsius est décrit plus en détail dans l'avis écrit n° 003.

La directrice générale ou le directeur général (DG) a déclaré qu'après avoir découvert en mai 2023 qu'un échangeur de chaleur de l'une des unités de toit était défectueux et nécessitait des pièces de rechange, on les avait informés qu'il fallait de 50 à 52 semaines pour recevoir ces pièces de rechange. La ou le DG a confirmé

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 le directeur n'avait pas été avisé que l'une des trois installations de chauffage de toit était en panne depuis le 10 mai 2023.

Ainsi, le directeur n'a pas été avisé au plus tard un jour ouvrable après que l'une des trois installations de chauffage de toit qui desservait les aires communes était en panne depuis le 10 mai 2023, ce qui affectait le bien-être des personnes résidentes.

Sources : Examen du rapport d'entretien de Thermogenics Boilers – Intelligent Steam. Observation des températures dans les aires communes réservées aux personnes résidentes par un membre du personnel et l'inspectrice 211, entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement, et avec la directrice générale ou le directeur général.

[211]

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Programme de soins

Non-conformité n° 012 – ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 2.

Non-**respect de l'alinéa** 6 (11) b) de la LRSLD 2021

Programme de soins

Par. 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

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 :

A) Effectuer des réévaluations hebdomadaires des comportements réactifs d'une personne résidente, et de l'efficacité des interventions prévues dans le programme de soins de la personne résidente pour prévenir les altercations d'ordre verbal et physique, et les interactions préjudiciables avec d'autres personnes résidentes.

B) Lorsque les interventions pour les comportements réactifs qui sont prévues dans le programme de soins de la personne résidente ne sont pas efficaces, prendre en considération des méthodes différentes pour adapter les interventions afin qu'elles soient efficaces.

C) On doit consigner dans un dossier toutes les mesures requises aux points A et B jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Motifs :

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des méthodes différentes fussent considérées lors de la révision du programme de soins d'une personne résidente lorsque son programme de soins était réexaminé et révisé, et que les soins prévus dans le programme de soins n'étaient pas efficaces.

Justification et résumé :

Le programme de soins d'une personne résidente, révisé à une date de 2023, indiquait qu'elle manifestait plusieurs comportements réactifs déterminés.

À une date de 2023, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'un membre du personnel avait entendu la personne résidente hurler dans sa chambre et qu'il avait trouvé une autre personne résidente debout au milieu de la chambre. La personne résidente a allégué avoir subi des mauvais traitements de la

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

part de la personne résidente identifiée. L'incident n'avait pas été observé par un membre du personnel. Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'il n'y avait pas d'altération de l'intégrité épidermique sur la peau de la personne résidente. On avait ramené la personne résidente identifiée dans sa chambre.

Huit jours plus tard, les notes d'évolution d'une seconde personne résidente identifiée indiquaient que celle-ci avait tenté de manifester un comportement réactif envers la personne résidente. Un membre du personnel avait séparé les deux personnes résidentes.

Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente et de la deuxième personne résidente identifiée susmentionnée indiquaient que la personne résidente identifiée manifestait un comportement réactif envers la personne résidente. Un membre du personnel avait séparé l'autre personne résidente et la personne résidente. On avait réorienté la personne résidente identifiée.

Deux jours plus tard, le médecin a documenté que « la personne résidente avait des comportements réactifs particuliers avec ripostes occasionnelles ». Un médecin spécialiste a vu la personne résidente pour ses comportements réactifs, et il a suggéré d'ajouter un médicament déterminé et d'en augmenter lentement la dose. Les notes d'évolution indiquaient que l'on avait révisé et adapté les médicaments de la personne résidente pour maîtriser ses comportements réactifs. Dix jours plus tard en 2023, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle manifestait un comportement réactif particulier dans les corridors et le hall d'entrée, et qu'elle manifestait un autre comportement réactif particulier à l'égard de tout le monde autour d'elle ou des gens qui passaient à proximité. Environ trois heures plus tard, la personne résidente avait manifesté d'autres comportements réactifs déterminés envers d'autres personnes résidentes.

Plusieurs jours après, les notes d'évolution de la personne résidente et d'une

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

troisième personne résidente indiquaient qu'elles manifestaient mutuellement des comportements réactifs. Au même moment, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que cette dernière se livrait à un type d'altercation particulier avec une autre personne résidente. Deux membres du personnel infirmier autorisé les avaient séparées.

Plusieurs jours plus tard en 2023, les notes d'évolution de la deuxième personne résidente identifiée mentionnée plus haut indiquaient qu'elle avait tenté de manifester un comportement réactif envers la personne résidente, et qu'une personne déterminée avait mis un terme au comportement réactif. La deuxième personne résidente identifiée mentionnée plus haut avait été reconduite au poste infirmier et surveillée toutes les trente minutes pour détecter d'autres épisodes de comportements réactifs.

Quatre jours plus tard, la personne résidente était agitée et se disputait avec une autre personne résidente (la troisième personne mentionnée plus haut).

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente pour les deux derniers mois de 2023 indiquait que le médecin traitant, le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et un autre spécialiste suivaient les comportements réactifs de la personne résidente. En outre, le *Documentation Survey Report* de la personne résidente indiquait que ses comportements réactifs devaient être surveillés toutes les 30 minutes et que l'on avait commencé à mettre en œuvre cette surveillance environ huit semaines plus tard en 2023.

La directrice générale ou le directeur général a déclaré que l'on avait transféré la personne résidente dans une autre chambre à une date déterminée de 2023 afin de prévenir les altercations entre elle et une autre personne résidente.

Ainsi, avant de transférer la personne résidente dans une autre chambre, le titulaire de permis n'avait pas pris en considération d'autres méthodes différentes, lorsque

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 soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente s'étaient révélés inefficaces pour prévenir des interactions potentiellement dangereuses avec d'autres personnes résidentes lors de trois dates déterminées. La personne résidente a été transférée à une date de 2023 dans une autre chambre où elle a continué à se livrer à des interactions potentiellement dangereuses lors de deux autres dates. Par conséquent, il y avait un risque qu'il se produise d'autres interactions préjudiciables entre la personne résidente et d'autres personnes résidentes.

Sources : Dossiers médicaux de trois personnes résidentes déterminées, et entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

[211]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 19 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

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 169 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
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

Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto, ON M7A 1N3
Courriel : 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

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

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 registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e 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^e étage
Toronto, ON M7A 1N3
Courriel : 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.