

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 3 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1530-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Board of Management for the District of Parry Sound West

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Belvedere Heights, Parry Sound

**Inspectrice principale**

Jennifer Nicholls (691)

**Signature numérique de l'inspectrice**

**Jennifer J Nicholls**

Digitally signed by Jennifer J  
Nicholls  
Date: 2024.06.06 11:38:44 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 26 avril 2024.

Les inspections concernaient :

- Deux signalements relatifs à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée/incompétente.
- Un signalement relatif à une éclosion de maladie.
- Un signalement relatif à une allégation de négligence d'une personne résidente.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Soins liés à l'incontinence  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* (2021).

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre du programme de soins individuel de la personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Il a été noté dans le programme de soins écrit de la personne résidente qu'elle avait besoin d'une intervention particulière.

Un examen des notes d'évolution de cette personne a montré que, pendant le quart de travail en question, le personnel n'a pas fait cette intervention.

L'administrateur a vérifié que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n'avaient pas suivi l'intervention indiquée pour la personne résidente, conformément au programme de soins.

La personne résidente a été exposée à un risque modéré en raison du manque de soins personnalisés.

**Sources :** Rapport du Système de rapport d'incidents critiques : examen du dossier médical électronique de la personne résidente et entretiens avec les PSSP et l'administrateur.

[691]

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 27 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Paragraphe 27 (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins de vingt-quatre heures suivant l'admission, comprenant l'évaluation des activités de la vie quotidienne (AVQ) d'une personne résidente, soit élaboré pour cette dernière.

**Justification et résumé**

Une personne résidente n'a pas été correctement assistée par une PSSP en ce qui concerne les AVQ.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente indique que le personnel n'a pas procédé à une évaluation des AVQ lors de l'admission de celle-ci.

L'administrateur a indiqué que le personnel n'avait pas suivi la politique du foyer à l'effet de procéder à une évaluation adéquate des AVQ lors de l'admission de la personne résidente, comme il se doit.

L'absence d'évaluation des AVQ lors de l'admission a placé la personne résidente dans une situation de risque modéré en raison d'un potentiel de blessure.

**Sources :** Rapport du Système de rapport d'incidents critiques, notes d'évolution

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

et évaluations d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer concernant le protocole du programme de soins des résidents pour ce qui est des soins dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, entretiens avec une PSSP et l'administrateur et d'autres membres du personnel.

[691]

**AVIS ÉCRIT : Rapports tardifs**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRS LD* (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur après les heures de travail normales, concernant une allégation de négligence envers une personne résidente.

Lors d'un entretien avec l'administrateur, celui-ci a confirmé que l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n'avait pas immédiatement informé la direction du foyer de l'allégation de négligence, ce qui a entraîné le rapport tardif de l'incident.

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

En ne faisant pas rapport immédiatement de l'allégation de négligence à la direction, la personne résidente a été exposée à un risque minimal.

**Sources :** Rapport du Système de rapport d'incidents critiques. Examen de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, dont la dernière révision date de mai 2023, examen des dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente, y compris les notes d'évolution et les évaluations, entretiens avec une IAA et l'administrateur.

[691]

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

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

c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;

Le titulaire de permis n'a pas vérifié que des interventions ont été mises en œuvre pour atténuer et gérer les risques liés à la nutrition et aux fluides d'un résident.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'il y ait un programme structuré d'hydratation pour le foyer afin de répondre aux besoins d'hydratation des résidents.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique NR I 807 sur la nutrition et l'hydratation.

**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 du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant les besoins nutritionnels d'une personne résidente.

L'examen des notes d'évolution d'une personne résidente a révélé que les besoins nutritionnels avaient été modifiés, mais que des interventions particulières n'avaient pas été mises en œuvre.

L'administrateur a indiqué que l'infirmière autorisée (IA) n'avait pas respecté la politique et la procédure en vigueur lorsque des risques liés à la nutrition et aux fluides avaient été constatés.

Le non-respect de la politique du foyer concernant les besoins nutritionnels d'une personne résidente a entraîné un risque de préjudice modéré pour cette dernière.

**Sources :** Rapport d'IC, notes d'évolution d'une personne résidente, programme de soins, consignation au dossier du point de service, notes du médecin, et notes d'admission, politiques du titulaire de permis sur la nutrition et l'hydratation et NR 1-807, notes d'enquête du foyer, entretiens avec une IA et l'administrateur.

[691]