

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1129-0002**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Wiigwas Elder and Senior Care**Foyer de soins de longue durée et ville :** Wiigwas Elder and Senior Care, Kenora

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 19 juin 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : Inspection proactive de la conformité

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies
- Conseils des résidents et des familles
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Personnel, formation et normes de soins
- Droits et choix des personnes résidentes
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du

paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 corrigé conformément aux termes du
paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 271 (1) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Site Web

Par. 271 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

e) le rapport en vigueur exigé au paragraphe 168 (1);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport en vigueur sur l'amélioration constante de la qualité soit affiché sur le site Web du foyer. Le foyer a publié le rapport en vigueur sur l'amélioration constante de la qualité sur son site Internet et en a informé l'inspecteur ou l'inspectrice.

Sources : examen du site Web du foyer.

Date de la rectification apportée : le 18 juin 2025

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 43 (1) de la LRSD (2021)

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

Par. 43 (1) Sauf directive contraire du ministre, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un sondage soit réalisé, au moins une fois par année, auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, services, programmes et biens qui y sont fournis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un sondage soit réalisé, au moins une fois par année, auprès des personnes résidentes, de leur famille et des fournisseurs de soins.

Sources : entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021),

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Source : entretien avec une personne résidente et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Obligations du titulaire de permis en l'absence d'un conseil des familles

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 65 (7) de la LRSLD (2021)

Conseil des familles

Paragraphe 65 (7) En l'absence d'un conseil des familles, le titulaire de permis fait ce qui suit :

- a) il informe continuellement les membres de la famille des résidents et les personnes qui ont de l'importance pour les résidents de leur droit de constituer un conseil des familles;
- b) il convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer informe les familles des personnes résidentes et les personnes importantes qui ont de l'importance pour les personnes résidentes de leur droit de constituer un conseil des familles et à ce qu'il convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Sources : entretien avec le ou la gestionnaire du programme et du soutien.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 24 (2) 1 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée par écrit dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer.

Sources : entretiens avec la ou le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 n'a pas veillé à ce que la température ambiante soit consignée chaque après-midi et chaque soir ou nuit.

Sources : entretiens avec la ou le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un registre écrit de l'examen et de l'évaluation annuels du plan de dotation en personnel pour les services infirmiers et les services de soutien personnel.

Sources : plan de dotation en personnel du foyer et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programmes de soins alimentaires 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 :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation soit respecté.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait avoir en place et faire respecter un programme de soins alimentaires et d'hydratation. Plus précisément, le foyer n'a pas respecté la politique relative à la température des aliments au point de service lorsque le personnel n'a pas consigné la température des aliments pendant le service des repas.

Sources : politique relative à la température des aliments au point de service, fiches des relevés de la température des aliments datées de certains jours et entretien avec le ou la gestionnaire des services d'alimentation.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre l'exigence supplémentaire 9.1 (b) de la norme de PCI relative aux pratiques de base émise par le directeur ou la directrice en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, car le personnel n'a pas respecté l'hygiène des mains au cours d'un repas.

Sources : observation d'un service de repas à une date précise et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, dont le directeur médical ou la directrice médicale, l'administrateur ou l'administratrice et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Source : entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du : paragraphe 166 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée constitue un comité d'amélioration constante de la qualité.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer de soins de longue durée constitue un comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : plan d'amélioration de la qualité et entretien avec le ou la DSI.

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

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 168 (2) 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 :

1. Le nom et la fonction du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.
2. Une description écrite des domaines prioritaires d'amélioration de la qualité, des objectifs, des politiques, des procédures et des protocoles de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice financier.
3. Une description écrite de la procédure utilisée pour définir les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant et de la manière dont les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant sont basés sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer.
4. Une description écrite d'un processus permettant de contrôler et de mesurer l'évolution, de déterminer et de mettre en œuvre des ajustements et de communiquer les résultats pour les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer au cours de l'exercice financier suivant.
5. Un relevé écrit de ce qui suit :
 - i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,

- ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
 - iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.
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,
 - ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
 - iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
 - iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
 - v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer réponde à toutes les exigences énoncées au paragraphe 168 (2). Plus précisément, le foyer n'a pas fourni de description écrite des domaines prioritaires d'amélioration de la qualité basés sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : plan d'amélioration de la qualité et entretien avec le ou la DSI.

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 (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965