

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

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 4 avril 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1535-0003**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Le conseil de gestion du district de Nipissing Est**Foyer de soins de longue durée et ville :** Cassellholme, North Bay**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 24 et 27 mars 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Les inspections concernaient : un signalement lié au suivi d'un ordre de conformité remis au foyer concernant les soins de continence et la gestion des selles, avec une date d'échéance de conformité (DEC) fixée au 28 février 2025;
- un signalement lié à une éclosion de maladie infectieuse et
- deux signalements liés à une plainte et à un incident critique concernant des préoccupations relatives aux soins d'une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2025-1535-0001 relativement à la disposition 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Soins liés à l'incontinence (Continence Care)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Implication de la personne résidente, etc.

Problème de conformité n° 001 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une ou un mandataire spécial(e) (MS) d'une personne résidente ait eu la possibilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente lorsqu'il y a eu un changement dans l'état de la personne résidente.

Un incident s'est produit, au cours duquel un changement notable de l'état de santé de la personne résidente a été constaté. Le personnel infirmier autorisé a constaté que le mandataire spécial de la personne résidente n'avait été informé de l'état de la personne résidente que le jour suivant.

Sources : signalement de plainte; rapport du SIC; dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; politique du foyer intitulée « Prévention des chutes – Évaluation des chutes et dépistage des risques » (dernière révision le 28 octobre 2024); et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel infirmier autorisé, la ou le gestionnaire d'unité, la ou le gestionnaire des services cliniques et de l'AQ et la directrice ou le directeur intérimaire des soins infirmiers (DASI).

AVIS ÉCRIT : Lors d'une réévaluation, une révision est requise

Problème de conformité n° 002 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : de la disposition 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 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 n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit révisé, en fonction du résultat de l'évaluation, lorsqu'on a observé un changement dans son état.

Le personnel soignant a noté pendant cinq jours qu'un changement avait été observé chez la personne résidente, concernant une activité de la vie quotidienne particulière, changement que les membres du personnel ont tous reconnu qu'il affectait l'état de santé de la personne résidente; ils ont indiqué que le changement avait été communiqué au personnel infirmier autorisé. L'inspectrice ou l'inspecteur n'a trouvé aucune évaluation réalisée lors du changement d'état de la personne résidente, et son programme de soins n'avait pas été révisé.

Sources : signalement de plainte : rapport du SIC; dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête interne du foyer; et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel infirmier autorisé, la ou le gestionnaire d'unité, la ou le gestionnaire des services cliniques et de l'AQ et la ou le DASI intérimaire.

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis 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 sur les incidents critiques

Par. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)
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

longue durée veille, d'une 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'éclosion 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 d'assurer que la directrice ou le directeur était immédiatement avisé de la déclaration d'une éclosion.

Le Bureau de santé du district de North Bay Parry Sound a déclaré une épidémie de maladie infectieuse au foyer, mais la direction n'en a été informée que le jour suivant.

Sources : Rapport du SIC; documents relatifs à l'éclosion de maladie dans le foyer; politique du foyer intitulée « Gestion des éclosions - Procédure » (révisée en janvier 2025); et entretiens avec la ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 004 - ordre de conformité remis aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 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.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la *LRSLD* (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

1. Donner une nouvelle formation au personnel infirmier autorisé concerné sur le programme de gestion de la douleur du foyer, notamment sur quand évaluer la douleur et quelles mesures prendre si les interventions initiales ne la soulagent pas.
2. Documenter la formation de rattrapage offerte, en incluant notamment la date, les noms des participants et de l'instructeur ainsi que le contenu abordé.

Motifs

Le titulaire de permis a manqué à son obligation de s'assurer que le personnel infirmier autorisé procédait à une évaluation de la douleur lorsque les interventions initiales ne soulageaient pas la personne résidente. La personne résidente a dit ressentir de la douleur à un endroit en particulier suite à un incident. Le personnel infirmier autorisé a jugé que la personne résidente avait refusé les interventions initiales, n'avait pas essayé d'autres méthodes de gestion de la douleur et n'avait pas bénéficié d'une évaluation de la douleur.

Le manque d'évaluation de la douleur, alors que les interventions initiales étaient inefficaces et que la personne résidente continuait à montrer des signes de douleur, représentait un risque pour elle.

Sources : signalement de plainte; rapport du SIC; dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête interne du foyer; politique du foyer intitulée « Protocoles de gestion de la douleur » (dernière révision en décembre 2024); et entretiens avec le personnel de soins directs et le personnel infirmier autorisé, la ou le gestionnaire d'unité, la ou le gestionnaire des services cliniques et de l'AQ et la ou le DASI intérimaire.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 mai 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 - ordre de conformité remis aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 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. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

1. Concevoir et instaurer une procédure de vérification pour s'assurer que toutes les personnes résidentes bénéficient d'un soutien pour l'hygiène des mains avant les repas et les collations.
2. Effectuer des inspections sur une période de quatre semaines et consigner les résultats. Les documents doivent indiquer, entre autres, le lieu de la vérification, la date et l'heure, l'identité de la personne qui l'a réalisée et toute mesure corrective qui en a découlé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'application de toute norme ou de tout protocole publié par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI). La directrice ou le directeur a publié la « Norme PCI pour les foyers de soins de longue durée » en avril 2022 (révisée en septembre 2023).

L'exigence supplémentaire 10.4 h) de la Norme PCI exige que le titulaire de permis veille à ce que le programme d'hygiène des mains comprenne également des politiques et des procédures, en tant qu'élément du programme global de PCI, ainsi que :

h) le soutien aux personnes résidentes pour effectuer l'hygiène des mains avant de recevoir les repas et les collations.

À une date précise, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que six personnes résidentes entrant dans la salle à manger désignée n'avaient pas été encouragées à se laver les mains avant le repas. Le jour suivant, l'inspectrice ou l'inspecteur a également constaté que trois personnes résidentes, entrant dans la salle à manger d'une autre unité en situation d'éclosion, n'avaient pas été incitées à se laver les mains avant de commencer leur repas. Les menus des deux journées exigeaient que les personnes résidentes utilisent directement leurs mains pour manger.

Une évaluation de la PCI réalisée précédemment par le BSDNBPPS a révélé que l'hygiène des mains n'était pas proposée à toutes les personnes résidentes lors du service des repas observé. La responsable ou le responsable de la PCI et l'inspectrice ou l'inspecteur de la santé publique du BSDNBPPS ont conclu que l'absence d'incitation à l'hygiène des mains avant les repas, surtout en période d'éclosion, augmenterait le risque de transmission de maladies infectieuses à toutes les personnes résidentes.

Sources : Observations de l'inspectrice ou l'inspecteur; Norme PCI pour les foyers de soins de longue durée, publiée en avril 2022 (dernière révision en septembre 2023); liste de contrôle de la gestion des éclosions PCI pour les FSLD, remplie le 30 janvier 2025 par le BSDNBPPS; et entretiens avec le personnel de soins directs, la ou le responsable de la PCI et l'inspectrice ou l'inspecteur de la santé publique du BSDNBPPS.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 mai 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 102 (11) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) un plan écrit qui permet d'intervenir en cas d'éclosions de maladies infectieuses. Par. 102 (11) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la *LRSLD (2021)*] :

Le titulaire de permis doit :

1. Procéder à un examen interdisciplinaire de la politique du foyer intitulée « Gestion des éclosions - Procédure » afin de s'assurer que celle-ci détaille la manière dont les personnes résidentes seront regroupées pendant les repas en cas d'éclosion dans l'unité concernée.

2. Le processus doit être élaboré en concertation avec le bureau de santé publique local, et la documentation de l'examen, les noms des personnes y ayant participé et toutes les modifications apportées doivent être conservés.

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas appliqué le programme de PCI du foyer, en omettant de mettre en œuvre son plan de gestion des éclosions lors d'une éclosion de grippe A, notamment en ce qui concerne le regroupement des personnes résidentes et du personnel.

Le Règlement de l'Ontario 246/22, alinéa 11 (1) b), obligeait le titulaire de permis à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des protocoles écrits pour le programme de PCI, et à s'assurer de leur application.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée « Gestion des éclosions – Procédure », politique no 01-1 (dernière révision en février 2025), concernant le regroupement des personnes résidentes pendant une éclosion. La politique indiquait que « si l'éclosion [se trouvait] uniquement sur [l'unité identifiée], [ces] personnes résidentes [étaient] confinées à leur unité; les portes de l'unité [étaient] fermées. Toute personne résidente de [l'unité identifiée] qui mange dans la salle à manger [identifiée] [était] mise en cohorte dans la salle à manger ».

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'à une date précise, les portes d'une unité en situation d'éclosion étaient maintenues ouvertes pendant les heures de service des repas. Il a été constaté que des personnes résidentes de l'unité en éclosion quittaient cette unité pour prendre leurs repas dans une autre salle à manger, en compagnie de personnes résidentes d'une unité non touchée par l'éclosion. La responsable ou le responsable de la PCI a indiqué que le regroupement des personnes résidentes pendant les repas n'était pas effectué, car il n'existait pas d'options réalisables connues pour les cas où seule l'unité concernée était déclarée en situation d'éclosion. Le fait de ne pas regrouper les personnes résidentes en cohortes dans l'unité concernée a augmenté le risque de transmission de maladies infectieuses aux autres personnes résidentes du foyer.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; Norme PCI pour les foyers de soins de longue durée, publiée en avril 2022 (dernière révision en septembre 2023); liste de vérification de la gestion des éclosions de maladies infectieuses pour les FSLD, remplie le 30 janvier 2025 par le BSDNBPPS; politique du titulaire de permis intitulée « Gestion des éclosions – Procédure » (dernière révision en février 2025); et entretiens avec le personnel de soins directs d'une personne résidente, la ou le responsable de la PCI et l'inspectrice ou l'inspecteur de la santé publique du BSDNBPPS.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 mai 2025.

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander à la directrice ou au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que la directrice ou le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commercial à la personne indiquée ci-dessous :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur 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 (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- 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 de la directrice ou 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 et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de la santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur 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 (Ontario) M7A 1N3

courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.