

**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 :** 15 mai 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1039-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** CVH (No. 9) LP par son associé gérant, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé gérant, Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Southbridge Lakehead, Thunder Bay

**Inspecteur principal**  
Christopher Amonson (721027)

**Signature numérique de l'inspecteur :**  
Christopher E  
Amonson

Digitally signed by Christopher E  
Amonson  
Date: 2024.05.16 15:15:30 -0400

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Monica Petti (000876) était présente pendant cette inspection.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 10 mai 2024.

L'inspection concernait :

- un cas lié à une éclosion de maladie;
- trois cas liés à des personnes résidentes portées disparues depuis plus de trois heures.

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

gestion des médicaments;  
foyer sûr et sécuritaire;  
prévention et contrôle des infections.

**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

### Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection et a été **rectifié** par le titulaire de permis avant l'issue de l'inspection. L'inspecteur est satisfait que le non-respect a été rectifié conformément à l'intention du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune mesure supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Entreposage sécuritaire des médicaments

par. 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
- (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

### Justification et résumé

Des médicaments ont été trouvés sans surveillance dans un endroit non sécurisé. Le personnel autorisé a reconnu que les médicaments avaient été laissés sans surveillance. Les médicaments ont été immédiatement rangés dans un endroit sûr.

Les observations supplémentaires faites pendant l'inspection ont révélé que les endroits où se trouvaient les médicaments étaient sûrs et qu'aucun médicament n'avait été laissé sans surveillance.

**Sources** : observations faites par l'inspecteur dans toutes les aires du foyer de soins de longue durée; politique du foyer de soins de longue durée intitulée « Medication Storage Areas » (aires d'entreposage des médicaments) mise à jour le 30 juin 2023; une politique intitulée « Medication Management » (gestion des médicaments) mise

**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

à jour en mars 2023; entretiens avec du personnel et la directrice ou le directeur des  
soins infirmiers (DSI).

[721027]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 10 mai 2024

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de l'alinéa 154 (1) 1 de la  
LRSLD (2021).

### **Non-respect de l'alinéa 115 (1) 3 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  
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) :

3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement  
informé lorsqu'une personne résidente était portée disparue depuis trois  
heures ou plus.

### **Justification et résumé**

Un incident est survenu lorsqu'il a été déterminé qu'une personne résidente était  
portée disparue depuis plus de trois heures. La directrice générale ou le directeur  
général (DG) a confirmé que l'incident n'avait pas été signalé immédiatement à la  
directrice ou au directeur.

**Sources** : un rapport d'incident critique; le dossier de santé d'une personne  
résidente; le dossier d'enquête du foyer de soins de longue durée; la politique du  
foyer de soins de longue durée intitulée « Code Yellow – Missing Resident Policy »  
(code jaune – politique concernant les personnes résidentes portées disparues),  
mise à jour en janvier 2023; entretiens avec la ou le DG. [721027]