

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Nord

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

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1468-0003

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : North of Superior Healthcare Group

Foyer de soins de longue durée et ville : Wilkes Terrace, Terrace Bay

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 25 au 29 août 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 2 au 5 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier en lien avec une inspection proactive de la conformité

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
Soins de la peau et prévention des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 34(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, 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.

1. Le titulaire de permis a omis de consigner dans un dossier les renseignements concernant l'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur.

Il n'y avait, concernant l'évaluation annuelle de 2024, aucun document écrit qui aurait permis de cerner quelles mises à jour et quels changements ont été mis en œuvre à l'égard du programme de gestion de la douleur. Il n'y avait pas non plus de document écrit récent au sujet de la révision actuelle de la politique.

Sources : Politique du programme de gestion de la douleur; procès-verbaux des réunions sur le programme de gestion de la douleur; entretien avec la ou le gestionnaire du foyer et d'autres membres du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de consigner dans un dossier les renseignements concernant l'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies.

Il n'y avait, concernant l'évaluation annuelle de 2024, aucun document écrit qui aurait permis de cerner quelles mises à jour et quels changements ont été mis en œuvre à

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

l'égard du programme de soins de la peau et des plaies. Il n'y avait pas non plus de document écrit récent au sujet de la révision actuelle de la politique.

Sources : Politique du programme de soins de la peau et des plaies; procès-verbaux des réunions sur le programme de soins de la peau et des plaies; entretien avec la ou le gestionnaire du foyer et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect de : l'alinéa 35(3)e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35(3) – Le plan de dotation en personnel doit :

e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis a omis de réaliser l'évaluation annuelle du plan de dotation en personnel du foyer de soins de longue durée pour les services infirmiers et les services de soutien personnel.

On a omis d'évaluer le plan de dotation en personnel en ce qui concerne les membres du personnel infirmier et les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) du foyer en 2024. À la date de fin de la présente inspection, le plan n'avait toujours pas fait l'objet d'une évaluation.

Sources : Examen des courriels; politique sur les stratégies d'atténuation du roulement en personnel; politique sur les appels pour les congés de maladie; entretien avec la ou le gestionnaire du foyer.

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

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect de : l'alinéa 74(2)b) 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 :

b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne le recensement des risques à cet égard. En effet, il n'y avait pas, dans la politique correspondante du foyer, de marche à suivre spécifique concernant la surveillance des aliments du foyer.

Sources : Examen des dossiers concernant la politique de manipulation sécuritaire des aliments; entretiens avec une cuisinière ou un cuisinier et la directrice ou le directeur des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77(7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77(7) – Le titulaire de permis veille à ce que les repas et les collations soient servis aux moments convenus par le conseil des résidents et l'administrateur ou la personne qu'il a désignée. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 390(1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les repas et les collations soient servis aux moments convenus et approuvés par le conseil des résidents.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; politique sur l'alimentation, la nutrition et l'hydratation; correspondance par courriel avec le conseil

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

des résidents.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect de : l'alinéa 78(2)f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78(2) – Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel.

Lorsqu'on a remplacé l'un des plats prévus au menu, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la substitution de menu soit communiquée aux personnes résidentes.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; politique sur la préparation alimentaire; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 79(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les menus quotidiens et hebdomadaires soient communiqués aux personnes résidentes. En effet, l'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas vu d'affiches faisant état du menu hebdomadaire ou du menu quotidien.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; politique sur 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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

préparation alimentaire.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on respecte la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), qui a été délivrée par la directrice ou le directeur.

Conformément à l'exigence supplémentaire énoncée à l'alinéa 10.4h) de la Norme (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme d'hygiène des mains comprenne des aides à l'intention des personnes résidentes, afin que ces dernières suivent le processus d'hygiène des mains avant de recevoir un repas ou une collation.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; la Norme (avril 2022, révisée en septembre 2023); entretien avec une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

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

Non-respect du : paragraphe 124(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124(2) – Si le fournisseur de services pharmaceutiques est une personne morale, le titulaire de permis veille à ce qu'un pharmacien qui relève du fournisseur

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Nord

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

participe à l'évaluation trimestrielle. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 124(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une pharmacienne ou un pharmacien participe à l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments, et ce, en vue de recommander tout changement nécessaire pour améliorer ce système.

Sources : Document sur la première rencontre du groupe de discussion sur la qualité; entretien avec la pharmacienne ou le pharmacien et la ou le gestionnaire du foyer.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

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

Non-respect du : paragraphe 124(5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124(5) – Le titulaire de permis veille à ce que soient consignés dans un dossier les résultats de l'évaluation trimestrielle et les modifications qui ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 124(5).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on consigne dans un dossier les résultats de l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments du foyer et les modifications qui ont été mises en œuvre, le cas échéant.

Sources : Document sur la première rencontre du groupe de discussion sur la qualité; rapport sur un incident en lien avec la sécurité mettant en cause un patient; rapport de vérification sur la gestion de la qualité; rapport sur un incident en lien avec la sécurité mettant en cause un patient au foyer Wilkes Terrace; mandat du sous-comité pour l'amélioration de la qualité du foyer; politique sur le signalement des incidents; politique sur l'hypoglycémie; politique sur les erreurs et les lacunes quant aux médicaments; entretien avec la pharmacienne ou le pharmacien, la ou le gestionnaire du foyer de soins de longue durée et d'autres membres du personnel.

