



Rapport d'inspection prévu par la
**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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 9 octobre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1350-0001
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité
Titulaire de permis : North Shore Health Network
Foyer de soins de longue durée et ville : North Shore Health Network - LTC Unit, Blind River

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 30 août 2024 et du 3 au 5 septembre 2024

Les inspections concernaient :

- Inspection n° 00124449, demande d'inspection proactive de conformité (IPC). Cette inspection a été effectuée en même temps que l'inspection n° 2024-1285-0002.

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

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Gestion de la douleur (Pain Management)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)



Rapport d'inspection prévu par la
*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

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
(Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and
Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention
of Abuse and Neglect)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing,
Training and Care Standards)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

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

Non-respect 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 que le programme de soins soit révisé, en particulier en ce qui concerne les interventions relatives à la consistance des liquides de la personne résidente.



Rapport d'inspection prévu par la
*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

Justification et résumé :

Le dossier du programme de soins de la personne résidente indiquait que celle-ci devait recevoir un liquide d'une consistance spécifique. Néanmoins, lors de l'entretien, la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel (Dt. P.) a confirmé que la personne résidente devait recevoir un liquide dont la consistance est différente. Le dossier du programme de soins de la personne résidente a été mis à jour le même jour pour indiquer la bonne consistance du liquide par la ou le Dt. P.

Sources : Examen du programme de soins de la personne résidente, examen des fiches du régime, entretien avec la ou le Dt. P.

Date de mise en œuvre de la rectification : 27 août 2024

Problème de conformité n° 002 - rectification réalisée conformément au par. 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 85 (3) r) de la LRSLD (2021).

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'affiche obligatoire sur la protection pour les lanceurs d'alerte soit affichée au foyer.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été observé que l'affiche obligatoire sur la protection pour les lanceurs d'alerte n'a pas été affichée. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a été interrogé et a mis en place l'affiche obligatoire sur la protection pour les lanceurs d'alerte le jour suivant.

Sources : Visite initiale, observations du foyer, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (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

Date de mise en œuvre de la rectification : 27 août 2024

AVIS ÉCRIT : Orientation

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 82 (2) 9 de la LRSLD (2021).

Formation

Par. 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

9. La prévention et le contrôle des infections.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel du foyer n'exerce ses responsabilités avant d'avoir reçu sa formation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Justification et résumé

Le foyer était touché par une éclosion. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été interrogée et elle a affirmé ne pas avoir reçu de formation d'orientation en matière de PCI. La ou le DSI et le coordonnateur de soins de qualité ou la coordonnatrice de soins de qualité (CSQ) a vérifié que la formation d'orientation en matière de PCI n'a pas été suivie par la ou le membre du personnel concerné.

Commenté [CÉ1]: question. Source : <https://ontariosanteadomicile.ca/coordination-des-soins/>

Sources : Visite initiale, observations dans le foyer, entretiens avec la ou le PSSP, la ou le CSQ et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 19 du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Fenêtres

Par. 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fenêtres du foyer ne s'ouvrent pas de plus de 15 centimètres (cm).

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur et la personne responsable de l'entretien ont vérifié chacune des chambres identifiées dans le cadre de l'inspection proactive de conformité(PCI). La personne responsable de l'entretien a mesuré et vérifié que l'ouverture de la fenêtre de la pièce identifiée était supérieure à 15 cm.

Sources : Visite du foyer, observation des chambres des résidents, entretien avec la personne responsable de l'entretien.

AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 23(2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Exigences en matière de refroidissement

Par. 23(2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum,

b) identifier les symptômes des maladies liées à la chaleur et exiger du personnel qu'il vérifie régulièrement si les personnes résidentes présentent ces symptômes et qu'il prenne les mesures appropriées en conséquence

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur en place exige du

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

personnel qu'il surveille régulièrement les personnes résidentes qui
présentent des symptômes de maladies liées à la chaleur.

Justification et résumé

Un membre du personnel a indiqué que les personnes résidentes étaient
régulièrement surveillées afin de détecter tout symptôme de maladie
liée à la chaleur par temps chaud, mais qu'il n'existait pas de
document spécifique pour la surveillance. Un examen de la politique du
foyer n'a pas indiqué que le personnel était tenu de surveiller
régulièrement les personnes résidentes en vue de détecter des
symptômes de maladies liées à la chaleur.

Sources : Examen de la politique du foyer, entretien avec un membre du
personnel autorisé et la ou le DSI.

**AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de
refroidissement**

Problème de conformité n° 006 - avis écrit remis aux termes de la
disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 23(2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de refroidissement

Par. 23(2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la
chaleur doit, au minimum,

(c) préciser les interventions et stratégies particulières que le
personnel doit mettre en œuvre pour prévenir ou atténuer, d'une part,
les facteurs de risque précisés qui peuvent occasionner des maladies
liées à la chaleur chez les résidents et, d'autre part, les symptômes
précisés de ces maladies;

Le titulaire de permis n'a pas respecté le plan de prévention et de
gestion des maladies liées à la chaleur, notamment en ce qui concerne
la mise en œuvre d'interventions et de stratégies spécifiques visant à
prévenir ou à atténuer les facteurs de risque susceptibles d'entraîner
des maladies liées à la chaleur.

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

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règ. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le plan de prévention et de gestion des maladies est respecté.

Justification et résumé

La politique établie par le foyer définit des paramètres concernant le moment où le service d'entretien doit informer le personnel de la température dans le foyer. La personne responsable de l'entretien a indiqué qu'elle ne connaissait pas la politique établie par le foyer et qu'elle n'en avait pas pris connaissance.

Sources : Examen de la politique du foyer, entretien avec la personne responsable de l'entretien.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 007 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Par. 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 personnes résidentes dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, qui peut inclure un salon, une salle à manger ou un corridor.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer, une aire commune pour personnes résidentes, et chaque aire de refroidissement désignée.



Rapport d'inspection prévu par la
*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

Conformément à la disposition 24(3) du Règl. de l'Ont. 246/22, la température qui doit être mesurée devait être 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.

Justification et résumé

Il a été constaté que le système automatisé du foyer mesure la température de l'air plusieurs fois par jour. La personne responsable de l'entretien a confirmé que ces températures n'étaient vérifiées par le personnel que le matin, et à aucun autre moment de la journée.

Sources : Entretiens avec la personne responsable de l'entretien, registres du système automatisé de températures

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

Par. 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le suivi des réactions d'une personne résidente et de l'efficacité de sa médication contre la douleur soit effectué comme indiqué dans la politique établie par le foyer.

Justification et résumé

On a prescrit à une personne résidente un analgésique spécifique afin de traiter ses symptômes de douleur. Un examen trimestriel de la médication a été effectué et a révélé qu'il n'y avait pas de dossiers



Rapport d'inspection prévu par la
*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

de surveillance des réactions du résident et de l'efficacité de
l'analgésique prescrit.

La ou le DSI a reconnu qu'il n'y avait pas de dossiers de surveillance
ou d'évaluation de la douleur permettant de déterminer les réactions
de la personne résidente ainsi que l'efficacité de ses médicaments
contre la douleur au cours de la période de trois mois déterminée.

Sources : Observation de la personne résidente; examen des dossiers
médicaux de la personne résidente et de la politique du foyer;
entretien avec la personne résidente, un membre du personnel autorisé
et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 009 - avis écrit remis aux termes de la
disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 79 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Service de restauration et de collation

Par. 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 :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service
d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les
résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et
des préférences des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de
restauration et de collation du foyer prévoie un processus permettant
de s'assurer que les personnes préposées au service d'alimentation
(PSA) et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes
résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et
des préférences de ces dernières.

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

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de s'assurer que le processus établi dans le foyer pour veiller à ce que le personnel soit au courant des régimes alimentaires, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes soit respecté.

Justification et résumé

Le gestionnaire des services alimentaires (GSA) du foyer et la ou le DSI ont tous deux confirmé qu'il existait un processus spécifique visant à s'assurer que le personnel connaissait les régimes des personnes résidentes et les interventions requises.

Lors d'un service de repas, l'inspectrice ou l'inspecteur avait observé que le personnel n'agissait pas conformément au processus établi. Une personne préposée au service d'alimentation a confirmé qu'elle ne savait pas comment suivre ce processus visant à vérifier les exigences du régime alimentaire de la personne résidente.

Sources : Observations du service de repas, examen documentaire du processus établi, entretiens avec le GSA, PSA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Cas de non-conformité n° 010 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 123(2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel autorisés se conforment à la politique établie. En

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

particulier dans l'administration et la documentation de la médication spécifiée figurant dans le système de gestion des médicaments requis.

Justification et résumé

On a prescrit à une personne résidente un analgésique spécifique pour soulager ses symptômes. Un examen du dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) de la personne résidente a permis de constater qu'aucun document n'avait été consigné à certaines dates.

La ou le DSI a reconnu les lacunes aux dates indiquées et a déclaré que le membre du personnel autorisé était censé signer l'EMAR dès qu'un médicament était administré à une personne résidente ou utiliser un code correspondant aux informations fournies.

Sources : Observation de la personne résidente; examen des dossiers médicaux de la personne résidente et de la politique du foyer; entretien avec la personne un membre du personnel autorisé et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Orientation - Formation sur la PCI

Problème de conformité n° 011 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 259 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Orientation

Par. 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

- a) l'hygiène des mains;
- b) les modes de transmission des infections;
- c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;
- d) l'étiquette respiratoire;
- e) les mesures à prendre en cas de symptômes de maladie infectieuse;
- f) les pratiques de nettoyage et de désinfection;

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

- g) l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) y compris l'enfilage et le retrait appropriés;
- h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'utilisation d'équipements de protection individuelle.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections conformément à la disposition 9 du paragraphe 82(2) de la Loi comprenne ce qui suit :

- b) les modes de transmission des infections;
- d) l'étiquette respiratoire;
- f) les pratiques de nettoyage et de désinfection;
- h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI).

Justification et résumé

Il a été observé que le foyer était touché par une éclosion.

Un examen des modules de la formation d'orientation en matière de PCI du foyer destinée à l'ensemble des membres du personnel a permis de constater l'absence des éléments b), d), f) et h) de la disposition 9 du paragraphe 82(2)

Nous nous sommes entretenus avec une PSSP qui a déclaré ne pas être certaine d'avoir terminé sa formation sur les modules identifiés. Nous nous sommes entretenus avec une autre PSSP qui a affirmé ne pas avoir reçu de formation d'orientation en matière de PCI. La ou le DSI et la ou le CSQ ont affirmé que les modules en question ne faisaient pas partie de leur formation sur la PCI.

Sources : Visite initiale, observations du foyer, examen de la documentation de formation en PCI, entretiens avec les PSSP, la personne responsable de la PCI, la ou le CSQ et la ou le DSI.