

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 :** 27 janvier 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1535-0001

**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 : Du 13 au 17 janvier 2025.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : 21 janvier 2025

L'inspection effectuée concernait :

- Quatre plaintes relatives à des allégations de négligence envers des personnes résidentes;
- Une plainte relative à des comportements réactifs et à des transferts;
- Deux inspections de suivi – OC n° 001/2024-1535-0004, disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021) – Programme de soins, DLC – 20 décembre 2024, et OC n° 001/2024-1535-0005, disposition 146 a) du *Règl. de l'Ont. 246/22* – Réaction de la personne résidente à des médicaments n'ayant pas fait l'objet d'un suivi approprié. Échéance de la mise en conformité : 3 janvier 2025.
- Deux plaintes liées aux comportements réactifs de personnes résidentes.

## 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° 2024-1535-0004 relative à la disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1535-0005 relativement à la disposition 146 a) 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)

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

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

Gestion des médicaments (Medication Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

## 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 à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Portes dans le foyer

12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux portes menant à des endroits non résidentiels du foyer soient équipées de serrures et maintenues fermées et verrouillées afin de restreindre l'accès non supervisé des personnes résidentes à ces endroits.

**Sources :** Observations de l'inspecteur; entretiens avec la ou le DSI et d'autres membres du personnel.

Trois jours plus tard, l'inspecteur a observé que des serrures avaient été installées sur les portes, lesquelles étaient fermées et verrouillées.

Date de mise en œuvre de la rectification : 16 janvier 2025

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

### **Non-respect de : la disposition 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel collaborent entre eux à propos du refus de soins d'une personne résidente.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC); enquête interne du foyer; dossiers de santé de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

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 27 (2) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

27(2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats de l'enquête interne du foyer à propos d'un incident allégué de négligence envers une personne résidente soient signalés à la directrice ou au directeur.

Bien que l'investigation menée par le foyer ait mis au jour une erreur administrative ayant différé les soins à la personne résidente, cette donnée essentielle n'a pas été intégrée au rapport d'incident critique transmis à la direction.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC); enquête interne du foyer; dossiers de santé de la personne résidente; entretien avec la ou le DSI et la ou le responsable des services de soutien et de l'assurance qualité.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures appropriées prises en réponse à un incident allégué de négligence envers une autre personne résidente identifiée soient signalées à la directrice ou au directeur.

L'enquête a révélé que le personnel infirmier autorisé avait besoin de formation sur le processus de gestion des mauvais traitements. Néanmoins, le foyer a omis cette information cruciale dans le rapport d'incident critique soumis à la directrice ou au directeur.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC); enquête interne du foyer, entretien avec la ou le gestionnaire.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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 54 (1) du *Règl. de l'Ont. 246/22***

Prévention et gestion des chutes

54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Disposition 54 (1) du *Règl. de l'Ont. 246/22*.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du *Règl. de l'Ont. 226/22*, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le personnel respecte le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes réduise ou atténue les chutes d'une personne résidente en prévoyant de lui fournir un dispositif contre les chutes.

**Sources :** Observation, programme de soins de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

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 56 (2) b) 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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel prépare et exécute un plan individuel pour une personne résidente incontinente. Ce plan, qui reposait sur une évaluation et qui avait été intégré au programme de soins, avait pour but de promouvoir et de gérer la continence intestinale et vésicale.

À une date précise, les soins prescrits dans le programme de soins de la personne résidente n'ont pas été dispensés conformément aux directives.

**Sources :** Entretiens avec le personnel; examen des notes de réunion du foyer; programme de soins de la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

Non-conformité n°006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 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

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes et protocoles émis par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI). La directrice ou le directeur a instauré la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée dans son établissement en avril 2022, laquelle a été revue en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI stipule que le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de routine et les précautions supplémentaires soient suivies dans le cadre du programme de PCI. Au minimum, les précautions supplémentaires devaient comprendre :

d) l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

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

On a constaté qu'un membre du personnel qui se trouvait dans la chambre d'une personne résidente ne portait pas l'intégralité de l'EPI exigé par la signalisation affichée à l'entrée.

**Sources :** Observations; norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (en vigueur en avril 2022; revue en septembre 2023); entretiens avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Notification sur les incidents**

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 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22,**  
Notification sur les incidents

104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

(a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la ou le mandataire spécial(e) de la personne résidente soit immédiatement informé(e) des allégations de négligence à son endroit.

**Sources :** Dossier électronique de santé de la personne résidente; rapport d'incident critique (IC); politique du foyer, entretiens avec le personnel.

### **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**  
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :  
g) les personnes résidentes qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

**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 :

**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

A) Effectuer un examen du programme de soins de la personne résidente en question et s'assurer qu'il reflète ses préférences et ses besoins cliniques en fonction des évaluations actuelles. Le registre consignait l'examen du programme de soins et ses ajustements devra être présenté à l'inspecteur sur demande.

B) Après révision du programme de soins de la personne résidente, instruire l'ensemble du personnel de soins directs de l'unité concernée des modifications apportées, des exigences en matière de consignation des soins et de l'importance de signaler toute évolution de ses besoins, afin de s'assurer que le personnel concerné soit au courant des soins dont elle a besoin. Le document consignait le détail de la formation, sa date et son superviseur sera mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.

C) Préparer et instaurer un processus de vérification journalière des soins prodigués à la personne résidente impliquant l'ensemble du personnel, afin de s'assurer qu'il se conforme au programme de soins et consigne les soins dès qu'ils sont administrés. Le processus de vérification doit se dérouler sur une période de trois semaines. Établir un compte-rendu des vérifications mentionnant les responsables de la vérification, le personnel ayant effectué les soins, la date et l'heure des prestations de soins et comprenant les documents connexes et les ajustements requis pendant la période de vérification. Ces renseignements seront fournis à l'inspecteur à sa demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis a failli à son devoir de s'assurer que le personnel change les vêtements d'une personne résidente assez souvent pour qu'ils soient toujours propres, secs et confortables.

Pendant une période donnée, un soin prescrit pour une personne résidente n'a pas été prodigué comme requis. L'enquête menée par le foyer a révélé que le personnel responsable de la personne résidente n'était pas au courant de ses besoins particuliers durant la période concernée. De plus, il a été découvert que les soignants avaient falsifié les documents et omis de signaler les changements d'état de la personne résidente.

**Sources :** Observations de l'inspecteur; dossiers de santé de la personne résidente; politiques du foyer; notes de l'enquête interne; dossiers des employés; rapport d'incident critique (IC); entretiens avec la ou le gestionnaire d'unité et d'autres membres du personnel.

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 février 2025.**

**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

## **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 commerciale 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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.



**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

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.

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).