

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 7 juillet 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1424-0002**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Foyer Hearst – Mattice – Soins de santé**Foyer de soins de longue durée et ville :** Foyer des Pionniers, Hearst

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 17, 18 et 19 juin 2025

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : les 23, 24, 25 et 26 juin 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00149705 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Personnel, formation et normes de soins  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'alinéa 6 (10) (b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 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, lors de la réévaluation d'une personne résidente, le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de cette personne résidente en matière de régime alimentaire à texture modifiée ont évolué tant pour les repas et que pour les collations.

Un jour précis, en 2025, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) a examiné le programme de soins d'une personne résidente pour voir s'il y avait des mesures d'intervention liées au régime alimentaire à texture modifiée, qui n'ont pas été ajoutées au programme de soins de la personne résidente.

Sources : observation du repas du dîner d'une personne résidente, entretiens avec la personne résidente et plusieurs membres du personnel et dossiers médicaux de la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Conseils**

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le sondage sur la satisfaction a été envoyé aux personnes résidentes et aux familles en octobre 2024 sans que personne demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles. Le président ou la présidente du conseil des familles a déclaré ne pas avoir fourni de conseils ou de suggestions sur la manière de donner suite aux résultats qui en découlent.

Sources : sondage sur la satisfaction, procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles et entretiens avec le président ou la présidente du conseil des familles, le directeur général ou la directrice générale et l'adjoint administratif ou l'adjointe administrative.

## AVIS ÉCRIT : Documentation

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : l'alinéa 43 (5) a) de la LRSLD (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les résultats du sondage sont documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil en application du paragraphe (4);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient mis à la disposition du conseil des résidents pour leur demander conseil.

Des entretiens avec le directeur général ou la directrice générale ont révélé que les résultats du sondage ont été documentés, mais qu'ils n'avaient pas été mis à la disposition du conseil des résidents. L'adjoint ou l'adjointe au conseil des résidents a indiqué que les résultats n'ont pas été mis à la disposition du conseil des résidents.

Sources : entretiens avec le directeur général ou la directrice générale et l'adjoint ou l'adjointe au conseil des résidents.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### Non-respect du : paragraphe 63 (3) de la LRSLD (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupations ou de recommandations, il lui réponde par écrit au plus

tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Il n'y a pas de procès-verbal séparé pour le conseil des résidents, car il est intégré au procès-verbal du conseil des familles. Aucun document n'indique qu'une réponse écrite a été fournie au conseil des résidents dans les 10 jours.

Sources : procès-verbal du conseil des résidents et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

### **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Portes dans le foyer

Paragraphe 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 résidents. 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 les portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel. Lors d'une journée précise en 2025, il a été constaté que les portes des salles de bain, des salles de douche, d'une buanderie, d'une salle de réunion et d'une salle d'archivage étaient ouvertes et non surveillées par le personnel.

Sources : observations sur les aires d'accueil des ailes A, B et C.

### **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : paragraphe 20 (c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Par. 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le

personnel qui réunit les conditions suivantes :

c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que les appels des personnes résidentes effectués avec le système de communication et de réponse sont parfois annulés au bureau des infirmiers et des infirmières parce que les boutons de réponse du personnel ne désactivent pas l'appel au point d'activation. Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) a confirmé que cela se produisait dans le foyer et a déclaré que lorsque cela se produit, les PSSP sont censées informer un membre du personnel autorisé, qui annulera l'appel. Toutefois, cette même personne a reconnu que l'ordinateur de l'aile A du foyer n'avait pas de mot de passe et que certaines PSSP désactivaient elles-mêmes l'appel des personnes résidentes au bureau des infirmiers et des infirmières.

Sources : observation, entretiens avec une PSSP et un ou une IA.

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

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 23 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

Par. 23 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré par écrit à l'intention du foyer, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur qui répond aux besoins des résidents. Paragraphe 23 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un plan écrit de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur soit élaboré pour le foyer, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et qu'il réponde aux besoins des personnes résidentes.

Une note de service portant sur un plan de prévention de maladies liées à la chaleur (Heat-related illness prevention plan) datée du 2 juillet 2024 a été examinée. Il a été remarqué que la note de service :

- ne mentionnait pas les facteurs de risque précis pouvant entraîner des maladies liées à la chaleur et n'exigeait pas du personnel de vérifier régulièrement si les personnes résidentes sont exposées à ces facteurs de risque et de prendre les mesures appropriées en conséquence;
- ne décrivait pas les symptômes des maladies liées à la chaleur et n'exigeait pas du personnel de vérifier régulièrement si les personnes résidentes présentent ces symptômes et de prendre les mesures appropriées en conséquence;
- ne précisait pas les mesures d'intervention que le personnel doit mettre en œuvre pour prévenir ou atténuer les facteurs de risque définis pouvant entraîner des maladies liées à la chaleur et pour prévenir ou atténuer les symptômes décrits d'une telle maladie chez les personnes résidentes;

Sources : note de service du 2 juillet 2024 et entretien avec le directeur ou la direction des soins infirmiers (DSI).

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

Non-respect n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Par. 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et 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.

Un jour précis en 2025, le registre des températures daté de juin 2025 a été examiné. Il a été constaté que les températures n'étaient pas prises au moins trois fois par jour pendant plusieurs jours et qu'aucune température n'avait été consignée pendant six jours.

Sources : registre des températures daté de juin 2025.

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

Non-respect n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 29 (3) 15 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

15. L'état de sa peau, notamment tout signe d'altération de l'intégrité épidermique et ses problèmes de pieds.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences d'un programme de soins soient fondées, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire de l'état de la peau d'une personne résidente.

Une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique qui n'était pas documentée dans son programme de soins. Il n'y avait pas d'objectifs en matière de soins des plaies, de mesures d'interventions multidisciplinaires ou de stratégies en place pour l'état de la peau de la personne résidente. L'intégrité épidermique altérée de la personne résidente s'est détériorée depuis un mois précis en 2025.

Sources : observation d'une personne résidente, examen du dossier médical de cette personne et entretiens avec le personnel infirmier.

## **AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

Non-respect n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 3 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 :

3. Le programme doit 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.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme interdisciplinaire de gestion de la douleur soit 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 courantes admises.

Le ou la DSI a présenté la politique et les procédures actualisées du foyer en

matière de gestion de la douleur. Il n'y avait aucune trace du programme de gestion de la douleur évalué et mis à jour au moins une fois par an. Le ou la DSI a dit qu'il n'y avait pas d'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur.

Sources : entretien avec le ou la DSI et politique en matière de gestion de la douleur.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme interdisciplinaire de soins de la peau et des plaies soit 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 courantes admises.

Le ou la DSI a fourni la politique et les procédures du foyer relatives au programme de soins de la peau et des plaies, datées du 16 avril 2014. Une révision relative aux lésions dues à la pression a été effectuée en octobre 2024, mais aucun autre examen concernant les autres types de lésions cutanées n'a été requis pour l'examen annuel dans le cadre de ce programme.

Sources : entretien avec le ou la DSI; examen de la documentation relative au programme de soins de la peau et des plaies portant sur les lignes directrices générales en matière de soins de la peau (Skin Care: General guidelines), révisée pour la dernière fois le 16 avril 2014, conformément à la page 2 du présent document, et analyse des lacunes par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) concernant les lésions dues à la pression, datée d'octobre 2024.

## **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Non-respect n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) (b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(iii) les surfaces de contact;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les surfaces à contact fréquent dans les chambres à coucher et les salles de bains des personnes résidentes soient désinfectées au moins une fois par jour à l'aide d'un désinfectant de faible niveau.

Conformément au sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit disposer d'un programme organisé d'entretien ménager avec des marches à suivre élaborées et mises en œuvre pour désinfecter les surfaces de contact conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. Le document de Santé publique Ontario « Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé » indique que les surfaces à contact fréquent doivent être nettoyées et désinfectées au moins une fois par jour.

La politique d'entretien ménager du titulaire de permis indique que les surfaces à contact fréquent dans les chambres à coucher et les salles de bains des personnes résidentes sont désinfectées tous les deux jours. Un membre du personnel de l'entretien ménager a confirmé qu'il s'agissait de la routine d'entretien suivie.

Sources : politique de nettoyage et de désinfection (HUM-INF-PRO, révisée en juillet 2024), entretiens avec un membre du personnel de l'entretien ménager et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Non-respect n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

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

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une section d'une norme que le directeur ou la directrice a délivrée soit respectée.

Conformément à la section 9.1 b de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI), les pratiques de base et les précautions supplémentaires doivent être incluses dans le cadre du programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base comportent l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de

l'hygiène des mains.

À une date précise, en 2025, plusieurs PSSP ont assuré la mobilité de personnes résidentes, leurs transferts, l'alimentation et l'aide au repas pendant le dîner, sans procéder à l'hygiène des mains d'une personne résidente à l'autre ou autour des personnes concernées.

Sources : observations du repas de midi dans les salles à manger A et B; entretiens avec plusieurs PSSP et le ou la responsable de la PCI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une section d'une norme que le directeur ou la directrice a délivrée soit respectée.

Plus précisément, la section 4.3 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) indique qu'après la résolution d'une écloison, l'équipe de PCI doit tenir une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la lutte contre la flambée épidémique. On doit rédiger un résumé des constatations qui formule des recommandations au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de lutte contre les flambées épidémiques.

Une écloison de maladies entériques s'est déclarée en avril 2025 et des symptômes ont été décelés chez 23 personnes résidentes. Après la résolution de l'écloison, aucune séance de compte rendu n'a été tenue pour évaluer les pratiques de la PCI et formuler des recommandations en vue d'améliorer les pratiques de lutte contre les flambées épidémiques.

Sources : procès-verbaux des réunions du comité de santé et de sécurité, liste des écloisions du foyer, entretiens avec le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Non-respect n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques écrites et élaborées pour l'administration des médicaments soient mises en œuvre.

La politique d'administration des médicaments (Administration of Drugs Policy), code 05-02-03, révisée en mars 2023, a été examinée et fait état d'une remarque selon laquelle, si le médicament administré est un stupéfiant ou une drogue contrôlée, il faut signer le formulaire de contrôle des stupéfiants en plus du registre électronique d'administration des médicaments (eMAR).

Lors de l'observation de l'administration des médicaments, il a été constaté qu'un ou une IAA avait versé à l'avance la substance contrôlée pour une personne résidente plus tôt dans la matinée. L'IAA a indiqué savoir que ce n'était pas la politique et qu'il ou elle aurait dû signer le formulaire lié à la substance contrôlée uniquement au moment de l'administration du médicament.

Sources : observation de l'administration des médicaments et de la politique sur l'administration des médicaments (Administration of Drugs).

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Non-respect n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 148 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux personnes résidentes, jusqu'à la destruction et à l'élimination de ces substances.

Les entretiens avec un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) et un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont révélé que les substances désignées qui devaient être détruites et éliminées étaient conservées dans la boîte à stupéfiants du chariot de médicaments. Les

deux chariots de médicaments contenaient des boîtes de stupéfiants contenant des substances désignées à administrer aux personnes résidentes, ainsi qu'un séparateur en plastique nommé « Détruire » (Destroy), permettant de placer les médicaments désignés devant être détruits à l'arrière de la même boîte de stupéfiants.

Sources : observation du chariot de médicaments et entretiens avec un ou une IA et un ou une IAA.

## **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Non-respect n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

1. L'administrateur du foyer.
2. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer.
3. Le directeur médical du foyer.
4. Tous les responsables désignés du foyer.
5. Le diététiste agréé du foyer.
6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.
7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.
8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.
9. Un membre du conseil des résidents.
10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur médical ou la directrice médicale, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.), une PSSP, un membre du conseil des résidents et un membre du conseil des familles fassent partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Les procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité ont été

examinés et il a été noté que les membres susmentionnés n'étaient pas membres du comité d'amélioration constante de la qualité. Une discussion a eu lieu avec le directeur général ou la directrice générale, qui a confirmé que les membres susmentionnés ne faisaient pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

## **AVIS ÉCRIT : Orientation**

Non-respect n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 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;
- g) l'utilisation d'équipement de protection individuelle, y compris les techniques appropriées d'enfilage et de retrait;
- h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation d'orientation en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de l'alinéa 82 (2) 9 de la LRSLD comprenne tous les sujets exigés. La formation d'orientation ne comprenait pas la section (f) concernant les pratiques de nettoyage et de

désinfection ou la section (h) concernant la manipulation et l'élimination des déchets biologiques.

Sources : document d'orientation; entretien avec le ou la responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

Non-respect n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Art. 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

La titulaire de permis n'a pas veillé à assurer le respect d'une recommandation formulée par le médecin-hygiéniste en chef de la santé.

Plus précisément, le document intitulé Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosons dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, entré en vigueur en février 2025, recommande qu'une vérification de prévention et de contrôle des infections (PCI) soit réalisée chaque semaine pendant toute la durée d'une éclosion.

Le titulaire de permis a connu une éclosion d'une maladie entérique en avril 2025 et la vérification d'auto-évaluation de la PCI n'a pas été réalisée chaque semaine pendant cette période.

Sources : vérification d'auto-évaluation de la PCI de Santé publique Ontario, entretiens avec le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Formation**

Non-respect n° 018 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021)**

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis d'élaborer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan visant à assurer le respect des termes du paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021) [alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021)] :**

Le plan doit comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

A) Élaborer des documents de formation sur la déclaration des droits des personnes résidentes qui pourront être utilisés pour la formation annuelle de l'ensemble du personnel;

B) Élaborer des documents de formation sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes, y compris la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence du titulaire de permis, qui peuvent être utilisés pour la formation annuelle de l'ensemble du personnel;

C) Élaborer des documents de formation sur les sections requises liées à la prévention et au contrôle des infections incluses dans le paragraphe 259 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 qui peuvent être utilisés pour la formation annuelle de l'ensemble du personnel;

D) Élaborer un calendrier de formation relativement aux sections (A), (B) et (C) à l'intention de l'ensemble du personnel du foyer;

E) Tenir un registre écrit de tous les documents de formation, du calendrier et de la formation dispensée.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2025-1424-0002 à un inspecteur ou à une inspectrice en particulier des foyers de soins de longue durée, du ministère des Soins de longue durée, par courriel à l'adresse northdistrict.mltdc@ontario.ca d'ici le 7 août 2025.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de renseignements personnels de base ou de renseignements personnels sur la santé.

**Motif**

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le recyclage du personnel concernant la déclaration des droits des personnes résidentes et sa politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes ait été mené à bien.

Conformément à l'alinéa 82 (2) 1 de la LRSLD (2021), les membres du personnel doivent recevoir une formation sur la déclaration des droits des personnes résidentes; conformément à l'alinéa 82 (2) 3 de la LRSLD (2021), les membres du personnel doivent recevoir une formation sur la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et, conformément au paragraphe 260 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22, cette formation doit être suivie tous les ans.

L'administrateur ou l'administratrice a indiqué que le personnel n'avait pas bénéficié d'un recyclage annuel concernant la déclaration des droits des personnes résidentes ou la politique révisée annuellement pour promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes en 2024 jusqu'à présent.

Sources : entretiens avec plusieurs membres du personnel et examen de la politique n° 33 visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé au recyclage du personnel sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Conformément à l'alinéa 82 (2) 9 de la LRSLD (2021), les membres du personnel doivent recevoir une formation sur la PCI et, conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette formation doit être suivie chaque année.

Le ou la responsable de la PCI a dit qu'il n'existait pas, à l'heure actuelle, de programme organisé permettant à tous les membres du personnel de suivre un recyclage annuel sur la PCI.

Sources : entretien avec le ou la responsable de la PCI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**  
31 octobre 2025.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Système de communication bilatérale**

Non-respect n° 019 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la

LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Par. 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

A) Réaliser un examen du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel afin de s'assurer que le système est facilement visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs à tout moment. Plus précisément, il doit veiller à ce que toutes les personnes résidentes disposent d'un tel système fonctionnel leur permettant de lancer un appel à l'aide, et que tous les membres du personnel disposent de ce type de système fonctionnel leur permettant d'annuler l'appel au point d'activation.

B) Veiller à ce que les appels à l'aide effectués à partir de ce système ne puissent être annulés qu'au point d'activation.

C) Effectuer une vérification hebdomadaire du système, y compris des boutons d'appel des personnes résidentes et des boutons du système du personnel. La vérification comprend un test manuel des boutons du système des personnes résidentes pour garantir qu'ils fonctionnent et qu'ils envoient un appel à l'aide, de même qu'un test manuel des boutons du système du personnel pour garantir qu'ils permettent d'annuler un appel fait par le système au point d'activation. Les vérifications seront réalisées pendant au moins six semaines.

D) Au cours des vérifications, si l'on constate que les boutons du système des personnes résidentes ou du personnel ne fonctionnent pas comme prévu, des mesures correctives immédiates doivent être prises.

E) Tout ce qui est exigé aux points (A), (B), (C) et (D) est consigné par écrit.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'utilisation facile du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel par le personnel et les personnes résidentes.

À l'observation du fonctionnement du système à deux dates précises, les boutons d'appel personnels de deux personnes résidentes ne fonctionnaient pas correctement et celles-ci ne pouvaient pas appeler à l'aide. En outre, une PSSP ne pouvait pas annuler l'appel de la salle de bains d'une personne résidente après qu'il a été lancé. D'autres membres du personnel, dont une autre PSSP et un ou une IA, ont précisé que les appels des personnes résidentes étaient parfois annulés sur l'ordinateur du bureau des infirmiers et des infirmières, et non au point d'activation, parce que les boutons de réponse du personnel ne fonctionnaient pas correctement et ne permettaient pas d'annuler l'appel.

Un adjoint administratif ou une adjointe administrative et l'administrateur ou l'administratrice ont mentionné que seul le personnel autorisé devrait avoir accès à l'ordinateur pour annuler les appels des personnes résidentes, mais l'ordinateur situé dans l'une des ailes du foyer n'était pas protégé par un mot de passe et tous les membres du personnel y avaient accès. Un ou une IA a confirmé que le personnel est censé informer le personnel autorisé lorsqu'un appel ne peut pas être annulé au point d'activation, mais cela n'a pas toujours été le cas et certains membres du personnel ont annulé l'appel eux-mêmes.

Sources : observation, entretien avec différents membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

19 septembre 2025.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 au directeur ou à la directrice 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 la directrice ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 le directeur ou la directrice 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.

### **Directeur ou directrice**

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

**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

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur ou d'une inspectrice.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie 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 du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

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

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur ou directrice**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

**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

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).