

Rapport public

Date d'émission du rapport : 22 septembre 2025
Numéro d'inspection : 2025-1300-0001
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité
Titulaire de permis : Santé Manitouwadge Health
Foyer de soins de longue durée et ville : Santé Manitouwadge Health, Manitouwadge

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 25 au 29 août 2025.
L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 4 et du 8 au 10 septembre 2025.
L'inspection concernait :
– Un dossier lié à une inspection proactive de la conformité.

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

- Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Conseils des résidents et des familles
- Alimentation, nutrition et hydratation
- 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 : Fenêtres

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

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

Fenêtres

Article 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 chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Les fenêtres de deux chambres de personnes résidentes ont pu être ouvertes sur plus de 15 centimètres (cm).

Sources : observations et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer maintienne en permanence une température ambiante d'au moins 22 degrés Celsius.

Sources : observations; registre de température ambiante du foyer de soins de longue durée (FSLD); entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Consignation des températures ambiantes

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

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

Température ambiante

Paragraphe 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 résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
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, pendant l'année civile, les températures ambiantes soient consignées par écrit dans au moins deux chambres de personnes résidentes et une aire commune.

Sources : registres de température ambiante du FSLD; politique du FSLD sur le plan de prévention et de gestion des maladies liées au temps chaud (Hot Weather Related Illness Prevention and Management Plan), révisée en juillet 2025; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Non-respect n° 004 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion des soins de

la peau et des plaies soit évalué et mis à jour chaque année.

Sources : examen du document sur le programme de gestion des soins de la peau et des plaies (Skin and wound care management program - B-278) examiné/révisé pour la dernière fois le 16 avril; et entretiens avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'infirmier ou l'infirmière gestionnaire.

b) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur soit évalué et mis à jour chaque année.

Sources : examen du document sur la gestion de la douleur (Pain Management – n° 237) examiné/révisé pour la dernière fois le 16 avril; et entretiens avec le directeur ou la DSI et l'infirmier ou l'infirmière gestionnaire.

AVIS ÉCRIT : Plan de dotation en personnel

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes visés aux alinéas (1) a) et b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un plan de dotation en personnel écrit pour le programme organisé de services de soutien personnel exigé en vertu de l'alinéa 11 (1) b) de la Loi.

Le foyer a fourni un plan de dotation en personnel écrit qui n'incluait pas les services de soutien personnel à ce moment-là.

Sources : plan de dotation en personnel du FSLD; et entretiens avec les membres du personnel, l'infirmier ou l'infirmière gestionnaire et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation du plan de dotation en personnel

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

Non-respect du : paragraphe 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à conserver de registre écrit d'une évaluation annuelle du plan de dotation en personnel du foyer. Le foyer a confirmé qu'il ne conservait pas de registre écrit d'une évaluation annuelle de son plan de dotation en personnel.

Sources : plan de dotation en personnel du FSLD; et entretiens avec l'infirmier ou l'infirmière gestionnaire et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation de la douleur

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

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Une personne résidente s'est vu prescrire une modification de son traitement analgésique en raison d'une douleur déclarée et une évaluation de la douleur n'a pas été réalisée.

Il a été constaté que le programme de gestion de la douleur ne comprenait pas d'outil approprié sur le plan clinique pour évaluer l'état de la douleur d'une personne résidente.

Sources : examen des dossiers médicaux d'une personne résidente et du programme sur la gestion de la douleur (Pain Management – n° 237) examiné/révisé pour la dernière fois le 16 avril; entretiens avec un membre du personnel et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation

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

Non-respect du : paragraphe 106 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation

Article 106 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) au moins une fois par année civile, il est procédé à une évaluation qui permet d'établir l'efficacité de la politique, visée à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une fois par année civile, une évaluation soit effectuée pour déterminer l'efficacité de sa politique en vertu de l'article 25 de la Loi visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

La politique en vigueur au moment de l'inspection a été révisée pour la dernière fois en 2023.

Sources : examen des politiques des foyers sur les définitions des mauvais traitements B-1 et la prévention des mauvais traitements B-2 (Abuse Definitions B-1 and Abuse Prevention B-2), examinées/révisées pour la dernière fois en 2023, et entretiens avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Non-respect n° 009 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 de permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.
8. Au moins un employé du titulaire de 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 foyer n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé de toutes les personnes requises par le règlement.

Le foyer a fourni une liste des membres du personnel siégeant au comité qui n'incluait pas toutes les personnes visées par le paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Sources : courriel du ou de la DSI et entretiens avec les membres du personnel et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

Non-respect du : paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

2. Une description écrite des domaines prioritaires en matière d'amélioration de la qualité, des objectifs, des politiques, des marches à suivre et des protocoles à l'égard de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice.
3. Une description écrite du processus utilisé pour recenser les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pour le prochain exercice et la manière dont ces domaines pour cet exercice se fondent sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer.
4. Une description écrite du processus pour surveiller et mesurer les progrès relatifs aux domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pour le prochain exercice, recenser et mettre en œuvre les rajustements, et communiquer les résultats.
5. Un relevé écrit de ce qui suit :
 - i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
 - ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
 - iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,
6. Un relevé écrit de ce qui suit :
 - i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
 - ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
 - iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
 - iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
 - v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel

du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport exigé en vertu du paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 contienne toutes les informations visées au paragraphe (2).

Une copie du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer a été demandée, mais la documentation fournie par le foyer ne répondait pas à toutes les exigences en vertu du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Sources : sondage de 2025 sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins dans les FSLD; vérification du programme d'amélioration constante de la qualité opérationnelle et de gestion des risques; et entretiens avec les personnes résidentes, le ou la responsable de l'amélioration constante de la qualité et le ou la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Système de communication bilatérale

Non-respect n° 011 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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

Système de communication bilatérale

Article 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 :

b) il est sous tension 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 se conformer à ce qui suit :

a) procéder à un examen du système actuel de communication bilatérale entre les résidents et le personnel;

b) cerner les éventuelles lacunes ou déficiences du système;

c) élaborer un plan visant à combler les lacunes et les déficiences décelées;

d) documenter les alinéas a), b) et c) et conserver le registre écrit.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel qui fonctionne en permanence.

Le système de sonnette d'appel ne fonctionnait pas dans trois chambres de personnes résidentes lors des essais.

Le fait que le système de sonnette d'appel ne fonctionne pas à certains moments présente un risque et une incidence modérés pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : observations de trois chambres de personnes résidentes; et entretiens avec les membres du personnel.

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

7 novembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 Lutte contre les ravageurs

Non-respect n° 012 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 94 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Lutte contre les ravageurs

Paragraphe 94 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des mesures immédiates soient prises pour éliminer les ravageurs.

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 se conformer à ce qui suit :

a) élaborer un processus écrit pour garantir que des mesures proactives sont prises à intervalles réguliers afin de déceler tout problème potentiel ou réel lié aux ravageurs;

b) inclure dans le processus écrit les mesures à prendre pour répondre sans délai

aux préoccupations potentielles ou réelles;
c) tenir un registre des alinéas a) et b).

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour lutter contre les ravageurs.

Des mouches et des fourmis ont été observées à différents endroits du foyer.

Le fait de ne pas avoir remédié à l'omniprésence des ravageurs a entraîné un risque modéré et un préjudice pour les personnes résidentes du foyer.

Sources : observations réalisées au cours de l'inspection; et entretiens avec les membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
7 novembre 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative 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 avis de pénalité administrative (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
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- 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 suivants, 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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

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

Directeur ou directrice

a/s 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : 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.