

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 8 août 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1069-0003	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> 0760444 B.C. Ltd. par ses partenaires généraux au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Springdale Country Manor, Peterborough	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12, 15, 16, 17, 18, 22, 23 et 24 avril 2024 L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : 19, 25 et 26 avril et 15, 16, 23 et 24 mai 2024.

Les dossiers suivants ont été remplis :

Le dossier : n° 00114101 – Incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels.

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

Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien

Foyer sûr et sécuritaire

Rapports et plaintes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : sous-alinéa 115 (3) 2. iii du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures, notamment :

iii. la perte de services essentiels,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur au plus tard un jour ouvrable après la confirmation de la présence d'un risque environnemental, spécifiquement lié à une perte de services essentiels.

### Justification et résumé

Un incident critique (IC), plus précisément une perte de services essentiels, s'est produit.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la perte de services essentiels n'avait pas été signalée comme l'exige la loi.

Le fait de ne pas informer le directeur ou la directrice d'un risque environnemental peut retarder le partage de l'information et les mises à jour essentielles concernant un incident critique, ce qui peut nuire aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

**Sources :** examen du système d'incidents critiques et un entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

Date de la rectification apportée : 17 avril 2024

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 268 (10) (a) du Régl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (10) Le titulaire de permis prend les mesures suivantes :

(a) il met à l'épreuve, chaque année, les plans de mesures d'urgence ayant trait à la perte de services essentiels, aux incendies, aux disparitions de résidents, aux urgences médicales, aux éruptions de violence, aux fuites de gaz, aux désastres naturels, aux phénomènes météorologiques extrêmes, aux avis d'ébullition de l'eau, aux éclosions de maladies transmissibles ou de maladies importantes sur le plan de la santé publique, aux épidémies, aux pandémies et aux inondations, y compris les arrangements conclus avec les entités pouvant participer à la prestation de services d'urgence ou qui fournissent de tels services dans la zone où est situé le foyer, notamment les organismes communautaires, les fournisseurs de services de santé au sens de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, les installations associées et les organismes ressources associés compétents qui seront appelés à intervenir dans les situations d'urgence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence, en particulier le plan relatif à la perte de services essentiels, soient mis à l'épreuve chaque année.

### **Justification et résumé**

Un incident critique lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ainsi qu'un rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) ont été examinés.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a déclaré ne pas connaître son rôle et ses responsabilités en cas de perte de services essentiels; la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés (IAA) et l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) ont ajouté qu'ils ne se rappelaient pas que les plans de mesures d'urgence, qui incluent la perte de services essentiels, avaient été mis à l'épreuve en 2023. Le ou la gestionnaire de l'entretien et le directeur ou la directrice de soins infirmiers (DSI) ont confirmé que la perte de services essentiels était abordée dans les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, mais que cet aspect n'avait pas été mis à l'épreuve en 2023.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la perte de services essentiels, qui fait partie des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, n'a pas été mise à l'épreuve en 2023.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence, en particulier ceux liés à la perte de l'alimentation électrique essentielle, soient mis à l'épreuve chaque année entraîne des lacunes dans les soins et les services fournis aux personnes résidentes et, par conséquent, un risque de préjudice pour les personnes résidentes lorsque le personnel ne connaît pas son rôle en cas d'urgence.

**Sources :** observations, examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence » (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
- ii. les incendies,

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des plans de mesures d'urgence soient en place, notamment en cas d'incendie, et à ce qu'ils soient respectés.

Conformément au paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment, des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence.

Conformément au paragraphe 11 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci [soient conformes ou respectés] ».

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection proactive de la conformité, un incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels s'est produit et a perturbé les services du foyer de soins de longue durée. La perte de services essentiels a touché une porte d'entrée, soit une entrée d'urgence désignée, ce qui a entraîné une inspection plus poussée des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ont été examinés. Selon la documentation examinée, le plan de prévention des incendies et de sécurité incendie (Fire Prevention and Safety Plan) du titulaire de permis a été approuvé pour la dernière fois par le ou la chef des pompiers en 2015. Selon cette même documentation, le ou la chef des pompiers avait également relevé des problèmes

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario au foyer OMNI Quality Living-Springdale Country Manor plus tôt cette année-là. La documentation faisait référence à un rapport d'avis et de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario ainsi qu'à un rapport de fournisseurs de services sous contrat. Le rapport de ces fournisseurs signalait des lacunes dans l'équipement et les systèmes de sécurité incendie du foyer de soins de longue durée. Le rapport précisait que les problèmes de non-conformité présentaient un risque important pour la sécurité des personnes résidentes et de la propriété.

Le ou la chef des pompiers a confirmé que le titulaire de permis du foyer, OMNI Quality Living-Springdale Country Manor, avait reçu des ordres relatifs aux problèmes de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario et avait aussi déclaré que le titulaire de permis s'était retrouvé dans une situation de « non-conformité chronique » pendant plusieurs années. Les problèmes de non-conformité étaient liés au fait que le titulaire de permis ne s'était pas conformé à son plan de sécurité et n'avait pas veillé à ce que l'équipement ou les systèmes de sécurité incendie soient en bon ordre de marche.

Le non-respect par le titulaire de permis de ses plans de mesures d'urgence, notamment celui de prévention des incendies et de sécurité incendie, a entraîné un risque grave de préjudice pour les personnes résidentes et les autres personnes.

Au moment de l'inspection, le Springdale Country Manor, un foyer de soins de longue durée d'OMNI Quality Living, faisait l'objet d'ordres en vigueur donnés en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario en raison de problèmes de non-conformité, notamment le non-respect du plan de sécurité incendie du titulaire de permis et le non-respect de l'obligation de veiller à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche ».

**Sources :** observations, examen des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, de l'avis de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario et de l'ordre donné par l'inspecteur ou l'inspectrice, du rapport du fournisseur de services sous contrat et entretiens avec le personnel de gestion, la personne représentante d'OMNI Quality Living et des membres du service des pompiers.

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des plans de mesures d'urgence soient en place, notamment en ce qui concerne les incendies, et à ce qu'ils soient respectés.

Conformément au paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment, des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence.

Conformément au paragraphe 11 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci [soient conformes ou respectés] ».

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection proactive de la conformité, un incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels s'est produit et a perturbé les services du foyer de soins de longue durée. L'IC a touché une porte d'entrée, soit une entrée d'urgence désignée, ce qui a entraîné une inspection plus poussée des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis.

Au cours de l'inspection, les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ont été examinés. Selon ces documents, plusieurs problèmes de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario ont été signalés au titulaire du permis du foyer OMNI Quality Living-Springdale Country Manor en 2024; ces problèmes étaient liés au non-respect du plan de sécurité incendie du titulaire de permis ainsi qu'au non-respect de l'obligation de veiller à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche. Les documents révèlent qu'un fournisseur de services sous contrat avec le titulaire de permis a relevé des lacunes lors de son inspection, notamment en ce qui concerne l'équipement et les systèmes de sécurité incendie du foyer. Les documents indiquent que le titulaire de permis n'a pas pris de mesures pour remédier à ces lacunes pendant une période déterminée après la date du rapport. Les documents indiquent aussi que le ou la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

chef des pompiers a ordonné au titulaire de permis de mettre en place une surveillance de sécurité incendie 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (24/7) d'ici une date déterminée, en raison de la non-conformité du titulaire de permis au Code de prévention des incendies de l'Ontario.

Le ou la chef des pompiers a confirmé que le titulaire de permis avait reçu l'ordre de mettre en place immédiatement une surveillance de sécurité incendie 24/7 dans le cadre de son plan de sécurité incendie et a confirmé que cette surveillance devait être en vigueur à partir d'une date déterminée. Le ou la chef des pompiers a précisé que la surveillance de sécurité incendie avait été ordonnée en raison de préoccupations relatives à la sécurité et au bien-être des personnes résidentes du foyer de soins de longue durée qui découlaient de la non-conformité persistante du titulaire de permis au plan de sécurité incendie, de même qu'en raison de préoccupations selon lesquelles les systèmes et l'équipement de sécurité incendie du foyer n'étaient pas en ordre de marche. Une personne désignée du service des pompiers local a affirmé que la seule personne ayant le pouvoir de mettre fin à une surveillance de sécurité incendie est le ou la chef des pompiers.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la surveillance de sécurité incendie 24/7 avait été ordonnée par le ou la chef des pompiers à une date déterminée. L'administrateur ou administratrice a déclaré avoir reçu la directive par téléphone de mettre fin à la surveillance de sécurité incendie environ une semaine plus tard, précisant que la directive provenait d'un représentant d'OMNI Quality Living. L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la directive de mettre fin à la surveillance de sécurité incendie 24/7 ne provenait pas du ou de la chef des pompiers.

Une personne représentante du service des pompiers a confirmé que le titulaire de permis avait cessé d'assurer une surveillance de sécurité incendie 24/7 sans avoir fourni les documents requis relatifs aux réparations. La personne représentante du service des pompiers local a indiqué que le ou la chef des pompiers avait remis en vigueur la surveillance de sécurité incendie 24/7, après qu'il a été découvert que le titulaire de permis avait arbitrairement mis fin à la surveillance de sécurité incendie sans son autorisation.

Le non-respect des plans de mesures d'urgence par le titulaire de permis,

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

notamment en matière de prévention des incendies et de sécurité incendie, ainsi que de l'ordre donné en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario, a entraîné un risque grave de préjudice pour les personnes résidentes et les autres personnes présentes dans le foyer de soins de longue durée.

Au moment de l'inspection, le Springdale Country Manor, un foyer de soins de longue durée d'OMNI Quality Living, faisait l'objet d'ordres en vigueur donnés en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario en raison de problèmes de non-conformité, notamment le non-respect du plan de sécurité incendie du titulaire de permis et le non-respect de l'obligation de veiller à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche ».

**Sources :** observations, examen des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, de l'avis de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario et de l'ordre donné par l'inspecteur ou l'inspectrice et du rapport des fournisseurs de services sous contrat et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice ainsi qu'avec des personnes représentantes du service des pompiers.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des plans de mesures d'urgence soient en place, notamment en ce qui concerne les incendies, et à ce qu'ils soient respectés.

Conformément au paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment, des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence.

Conformément au paragraphe 11 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci [soient conformes ou respectés] ».

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection proactive de la conformité, un incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels s'est produit et a perturbé les services du foyer de soins de longue durée. L'IC a touché une porte d'entrée, soit une entrée d'urgence désignée, ce qui a entraîné une inspection plus poussée des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ont été examinés. Ces documents font état de problèmes de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario relevés dans le foyer de soins de longue durée en raison du fait que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à son plan de sécurité incendie et qu'il n'a pas veillé à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche. Selon ces mêmes documents, le titulaire de permis a reçu l'ordre de mettre en place immédiatement un service de surveillance de sécurité incendie 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (24/7) ». Les documents n'ont pas démontré que cette surveillance, ordonnée par le ou la chef des pompiers, avait eu lieu en continu au cours de la période déterminée.

Le ou la chef des pompiers a confirmé que le titulaire de permis, OMNI Quality Living-Springdale Country Manor, avait reçu l'ordre de mettre en place un service de surveillance de système-incendie 24/7 à une date donnée et a précisé que cette surveillance devait rester en place jusqu'à ce que le titulaire de permis se conforme au plan de sécurité incendie approuvé.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé qu'il y avait des omissions dans les documents relatifs à la surveillance de sécurité incendie 24/7.

Le non-respect des plans de mesures d'urgence par le titulaire de permis, notamment en matière de prévention des incendies et de sécurité incendie, ainsi que d'un ordre donné en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario, a entraîné un risque grave de préjudice ou de décès pour les personnes résidentes et les autres personnes présentes dans le foyer de soins de longue durée.

Au moment de l'inspection, le Springdale Country Manor, un foyer de soins de longue durée d'OMNI Quality Living, faisait l'objet d'ordres en vigueur donnés en

vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario en raison de problèmes de non-conformité, notamment le non-respect du plan de sécurité incendie du titulaire de permis et le non-respect de l'obligation de veiller à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche ».

**Sources :** observations, examen des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, de l'avis de non-conformité au Code de prévention des incendies de l'Ontario et de l'ordre donné par l'inspecteur ou l'inspectrice ainsi que des dossiers de surveillance de sécurité incendie 24/7 et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice et les personnes désignées du service des pompiers.

## **AVIS ÉCRIT : Formation**

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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 relativement aux marches à suivre en cas d'urgence.

Conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les intervalles aux fins du paragraphe 82 (4) de la Loi sont des intervalles annuels.

### **Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a dit qu'il ne se souvenait pas d'avoir

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

reçu une formation de recyclage annuelle relative aux marches à suivre en cas d'urgence, en particulier sur la perte de services essentiels. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) interrogés ont affirmé qu'ils ne connaissaient pas bien leur rôle et leurs responsabilités en cas de perte de services essentiels.

Les dossiers de formation du personnel pour l'année 2023, particulièrement ceux liés aux marches à suivre en cas d'urgence et de perte de services essentiels, ont été examinés. Ces documents ont permis de déterminer les éléments suivants :

– Code gris – 15,7 % des membres du personnel n'ont pas suivi de formation en 2023.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel relative au plan de mesures d'urgence, en particulier celle liée à la perte des services essentiels, avait été incomplète en 2023. Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice ont déclaré que l'ensemble du personnel devait effectuer la formation chaque année.

Les problèmes de non-conformité suivants ont été relevés dans le rapport sur la formation du personnel :

Ordre de conformité (OC) – Conformément à l'alinéa 268(14) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent une formation sur les plans de mesures d'urgence, au moins une fois par année.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel reçoive la formation de recyclage sur les plans de mesures d'urgence, en particulier celle liée à la perte de services essentiels, entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes, ce qui constitue un risque pour ces dernières en cas d'urgence. Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel soit formé sur son rôle et ses responsabilités vient entraver la capacité du personnel à assumer ses responsabilités.

**Sources :** observations, examen des statistiques de formation du personnel 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

titulaire de permis pour l'année 2023 concernant les plans de mesures d'urgence et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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 relativement aux plans de prévention des incendies et de sécurité incendie ainsi qu'aux marches à suivre en cas d'urgence et d'évacuation.

Conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les intervalles aux fins du paragraphe 82 (4) de la Loi sont des intervalles annuels.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a dit qu'il ne se souvenait pas d'avoir reçu une formation de recyclage annuelle sur la préparation aux situations d'urgence.

Les dossiers de formation du personnel pour l'année 2023, particulièrement ceux liés aux marches à suivre en cas d'urgence, ont été examinés. Ces documents ont permis de déterminer les éléments suivants :

- Code rouge, prévention des incendies et sécurité incendie – 42,9 % des membres du personnel n'ont pas suivi la formation
- Code brun, déversement de produits chimiques – 19,4 % des membres du personnel n'ont pas suivi la formation
- Code orange, catastrophe communautaire – 15,7 % des membres du personnel n'ont pas suivi la formation
- Code vert, évacuation – 15,7 % des membres du personnel n'ont pas suivi la formation

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel relative aux plans de mesures d'urgence avait été incomplète en 2023. Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice ont déclaré que l'ensemble du personnel devait effectuer la formation chaque année.

Les problèmes de non-conformité suivants ont été relevés dans le rapport sur la formation du personnel :

Ordre de conformité (OC) – Conformément à l'alinéa 268(14) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent une formation sur les plans de mesures d'urgence, au moins une fois par année par la suite.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel reçoive la formation de recyclage annuelle relative à la prévention des incendies et à la sécurité incendie ainsi qu'aux plans de mesures d'urgence a entraîné des lacunes dans les soins et les services, ce qui présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes et les autres personnes en cas d'urgence. Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel soit formé sur son rôle et ses responsabilités vient entraver la capacité du personnel à assumer ses responsabilités, en particulier lors d'une situation d'urgence.

**Sources :** examen des statistiques de formation du personnel pour l'année 2023 concernant la prévention des incendies et la sécurité incendie ainsi que les plans de mesures d'urgence et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

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

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

Entretien ménager

Par. 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 :

(d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les marches à suivre nécessaires pour éliminer les odeurs nauséabondes et persistantes dans le foyer de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Une inspection proactive de la conformité (IPC) et une inspection liée à un incident critique (IC) ont été réalisées simultanément.

Tout au long de l'IPC et de l'inspection liée à l'IC, l'inspectrice ou l'inspecteur a détecté une odeur nauséabonde persistante dans le foyer de soins de longue durée. L'odeur était perceptible dès l'entrée dans le foyer de soins de longue durée; à mesure que l'on se promenait dans le foyer, l'odeur devenait plus puissante dans les couloirs déterminés du foyer et les chambres de personnes résidentes indiquées.

La politique de gestion des odeurs nauséabondes persistantes (Management of Lingering Offensive Odours) prévoit l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. La politique prévoit tout nettoyage supplémentaire jugé nécessaire par le personnel infirmier autorisé ou le ou la gestionnaire des services environnementaux. Le personnel des services environnementaux doit signaler au personnel infirmier ou au ou à la gestionnaire des services environnementaux toute odeur nauséabonde persistante après le nettoyage d'une chambre. Ce ou cette gestionnaire doit alors intervenir immédiatement et vérifier toute chambre signalée comme dégageant une odeur nauséabonde persistante afin de déterminer la cause de l'odeur ainsi que toute zone de la chambre présentant l'odeur. En fonction de l'évaluation, le ou la gestionnaire des services environnementaux ou la personne désignée déterminera et mettra en œuvre des mesures d'intervention en plus du nettoyage quotidien, notamment en établissant si le revêtement du plancher, les plinthes, les toilettes, etc. sont susceptibles d'émettre ou de causer l'odeur et doivent être remplacés.

Un adjoint ou une adjointe aux services environnementaux a affirmé que l'odeur nauséabonde persistante était celle de l'urine et qu'elle émanait de la chambre d'une personne résidente en particulier (déterminée). Cet adjoint ou cette adjointe a précisé que le personnel des services environnementaux nettoie la chambre

quotidiennement, mais que la personne résidente est connue pour avoir des comportements réactifs définis. Comme autre information donnée, le personnel et les gestionnaires des soins infirmiers, ainsi que le ou la gestionnaire des services environnementaux, étaient au courant des comportements manifestés par la personne résidente.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux ainsi que l'administrateur ou l'administratrice ont dit ne pas être en mesure de sentir l'odeur nauséabonde persistante.

L'absence de mesures d'interventions visant à réduire ou à éliminer la cause des odeurs nauséabondes persistantes représente une situation d'insalubrité. Les odeurs dans le foyer sont désagréables pour les personnes résidentes, ainsi que pour les visiteurs.

**Sources :** observations, examen de la politique de gestion des odeurs nauséabondes persistantes (Management of Lingering Offensive Odours) du titulaire de permis et entretiens avec un adjoint ou une adjointe aux services environnementaux, le ou la gestionnaire des services environnementaux et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 268 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence traitent des questions suivantes :

1. L'activation des plans, notamment l'identification de la personne ou de l'entité qui déclare l'existence d'une situation d'urgence au foyer et la fin de la situation d'urgence, comme ont convenu les entités que le titulaire de permis a consultées en application de l'alinéa (3) a).
2. La filière hiérarchique.
3. Le plan de communication.
4. Les rôles et responsabilités particuliers du personnel.

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses plans de mesures d'urgence, notamment en cas de perte de services essentiels, traitent de l'activation des plans, du plan de communication et des rôles et responsabilités particuliers du personnel.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a déclaré qu'il ne connaissait pas clairement son rôle et ses responsabilités pendant l'IC. Au moment de l'IC, l'administrateur ou l'administratrice et l'équipe de direction étaient sur place et dirigeaient le personnel.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, en particulier la politique relative à la perte ou à la défaillance d'infrastructures (Infrastructure Loss/Failure), ont été examinés. Le document ne fait nullement état de l'activation des plans, des moyens de communication et des rôles et responsabilités particuliers du personnel.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la politique ne comprenait pas de directives pour le personnel, plus précisément en ce qui concerne leurs rôles et responsabilités lors d'une situation d'urgence.

Le fait que les plans de mesures d'urgence, en particulier ceux relatifs à la perte des services essentiels, ne fournissent pas d'information sur l'activation des plans, sur les moyens de communication ainsi que sur les rôles et responsabilités particuliers du personnel entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes et constitue un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** observations; examen des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, plus précisément la politique relative à la perte ou à la défaillance d'infrastructures (Infrastructure Loss/Failure), et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire des services environnementaux et l'administrateur ou l'administratrice.

## AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 268 (10) (d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (10) Le titulaire de permis prend les mesures suivantes :

(d) il consigne dans un dossier les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence et l'évacuation planifiée ainsi que les modifications apportées aux plans pour les améliorer.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence soient consignées.

### **Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ainsi qu'un rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) ont été examinés. Ces documents indiquent que des exercices d'incendie ont été effectués au foyer de soins de longue durée en février 2023. Les documents ne font toutefois pas état de dossiers où la participation du personnel aux exercices d'incendie susmentionnés a été consignée.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que les exercices d'incendie faisaient partie des composantes des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, plus précisément de celles liées à la prévention des incendies et à la sécurité incendie. L'administrateur ou l'administratrice n'a pu fournir aucun document relatif aux exercices d'incendie, démontrant ainsi que la présence du personnel, dans le cadre de la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence, n'est pas consignée.

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence n'aient pas été consignées empêche le titulaire de permis de savoir quels membres du personnel ont participé aux mises à l'épreuve des plans et entrave la capacité du personnel à assumer ses rôles et responsabilités, surtout lors d'une situation d'urgence, ce qui entraîne un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) et entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence soient consignées.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis ainsi qu'un rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) ont été examinés.

Le ou la gestionnaire de l'entretien et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont dit ne pas se rappeler que ledit plan de mesures d'urgence ait été mis à l'épreuve ou discuté en 2023.

L'administrateur ou l'administratrice n'a pas pu fournir de dossiers écrits indiquant la date à laquelle le Code gris, en tant que plan de mesures d'urgence, a été mis à l'épreuve la dernière fois.

Le fait que les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence n'aient pas été consignées empêche le titulaire de permis de savoir quels membres du personnel ont participé aux mises à l'épreuve des plans et entrave la capacité du personnel à

assumer ses rôles et responsabilités, surtout lors d'une situation d'urgence, ce qui entraîne des lacunes dans les soins et les services ainsi qu'un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report) et entretien avec le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 268 (11) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (11) Les dispositions du code de prévention des incendies pris en vertu de la *Loi de 1997 sur la prévention et la protection contre l'incendie* l'emportent sur les dispositions incompatibles du plan de mesures d'urgence.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les dispositions du code de prévention des incendies l'emportent sur les dispositions incompatibles du plan de mesures d'urgence.

### **Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à la perte de services essentiels s'est produit dans le foyer de soins de longue durée.

Les plans de préparation aux situations d'urgence du titulaire de permis ont été examinés. Selon ces documents, la dernière fois que l'administrateur ou l'administratrice du foyer de soins de longue durée et le ou la chef des pompiers ont signé le plan de sécurité incendie du Springdale Country Manor (Fire Safety Plan for Springdale Country Manor) remonte en 2015.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux et l'administrateur ou

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'administratrice ont confirmé que la lettre sur le plan de sécurité incendie (Fire Safety Plan) datée de 2015 était la lettre signée la plus récente au dossier. L'administrateur ou l'administratrice a dit que le document du plan de sécurité incendie (Fire Safety Plan) n'avait pas été mis à jour ou signé par le ou la chef des pompiers du canton.

Le ou la chef des pompiers a expliqué ne pas avoir signé le plan de sécurité incendie appliqué et approuvé du titulaire de permis, dont le foyer de soins de longue durée disposait, parce que celui-ci contenait des renseignements non pertinents en matière de sécurité incendie. Le ou la chef des pompiers a précisé que le plan de sécurité incendie ne devait contenir que des renseignements relatifs au Code de prévention des incendies de l'Ontario et que le titulaire de permis avait reçu la directive de revoir son plan de sécurité incendie, puis de le présenter à nouveau.

Au moment de l'inspection, le Springdale Country Manor, un foyer de soins de longue durée d'OMNI Quality Living, faisait l'objet d'ordres en vigueur donnés en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario en raison de problèmes de non-conformité, notamment le non-respect du plan de sécurité incendie du titulaire de permis et le non-respect de l'obligation de veiller à ce que les dispositifs et l'équipement de sécurité incendie soient en ordre de marche ». Le ou la chef des pompiers a déclaré qu'à sa connaissance, tous les équipements et systèmes de sécurité incendie étaient en ordre de marche au foyer.

Le fait que le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les dispositions du Code de prévention des incendies l'emportent sur les dispositions incompatibles avec la loi atténue l'importance du Code de prévention des incendies de l'Ontario, en particulier lorsque la situation concerne un établissement dans un secteur pour personnes vulnérables. Le fait que le plan de sécurité incendie du titulaire de permis n'a pas été revu pour garantir qu'il contient uniquement des renseignements relatifs à la sécurité incendie entraîne le risque que le personnel et les gestionnaires ne comprennent pas leur rôle et leurs responsabilités en cas d'une situation d'urgence.

**Sources :** examen du manuel de préparation aux situations d'urgence du titulaire de permis, de la lettre sur le plan de sécurité incendie datant de 2015 et entretiens avec le ou la gestionnaire des services environnementaux, l'administrateur ou

l'administratrice et les personnes désignées par le service des pompiers.

## **AVIS ÉCRIT : Attestation**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 270 (1) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Attestation

Par. 270 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige une attestation comme l'exige l'article 90 de la Loi dans la forme qu'a approuvée le ministre, laquelle comprend les éléments suivants :

(e) une déclaration attestant que les exigences prévues à l'article 90 de la Loi et aux articles 268 et 269 du présent règlement ont été respectées;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences prévues à l'article 90 de la Loi ainsi qu'aux articles 268 et 269 du Règlement soient respectées.

Conformément au paragraphe 90 (2) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence soient mis à l'épreuve, évalués, mis à jour et réexaminés avec l'aide du personnel du foyer comme le prévoient les règlements.

Conformément à l'alinéa 268 (10) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis met à l'épreuve, chaque année, les plans de mesures d'urgence ayant trait à la perte de services essentiels, sans toutefois s'y limiter.

Conformément à l'alinéa 268 (14) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis de foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent une formation sur les plans d'urgence, au moins une fois par année.

### **Justification et résumé**

Un incident critique, plus particulièrement lié à une perte de services essentiels, s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a indiqué qu'il ne connaissait pas son rôle et ses responsabilités pendant l'IC. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA), le ou la gestionnaire de l'entretien et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont dit ne pas se rappeler que les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, avaient été mis à l'épreuve ou évalués en 2023. Le ou la DSI a ajouté que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation sur les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis en 2023.

Le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) du titulaire de permis, qui a été remise au directeur ou à la directrice, a été examiné. Le document indique que toutes les exigences prévues à l'article 90 de la Loi et aux articles 268 et 269 du Règlement ont été respectées. Le document a été signé par l'administrateur ou l'administratrice à une date précise en 2023.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé la signature de l'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) et sa remise au directeur ou à la directrice. L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les plans de mesures d'urgence, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, n'avaient pas été mis à l'épreuve ou évalués en 2023 et a également dit être au courant que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation relative aux plans de mesures d'urgence en 2023.

Le fait que les plans de mesures d'urgence n'aient pas été mis à l'épreuve ni évalués et que le personnel n'ait pas reçu de formation à leur sujet a entraîné des lacunes dans les soins ainsi que les services fournis aux personnes résidentes, a entravé la capacité du personnel à assumer ses rôles et responsabilités dans les situations d'urgence et, finalement, a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice.

**Sources :** examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report), du formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) remis au directeur ou à la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

directrice (20 décembre 2023) et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

**AVIS ÉCRIT : Attestation**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 270 (1) (f) du Règl. de l'Ont. 246/22****Attestation**

Par. 270 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige une attestation comme l'exige l'article 90 de la Loi dans la forme qu'a approuvée le ministre, laquelle comprend les éléments suivants :

(f) une déclaration attestant que tous les renseignements et toutes les réponses fournis dans l'attestation sont complets, véridiques et exacts;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa déclaration d'attestation de plan de mesures d'urgence de 2023 soit véridique et exacte.

**Justification et résumé**

Un incident critique, plus particulièrement lié à une perte de services essentiels, s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a indiqué qu'il ne connaissait pas son rôle et ses responsabilités pendant l'IC. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA), le ou la gestionnaire de l'entretien et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont dit ne pas se rappeler que les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, avaient été mis à l'épreuve ou évalués en 2023. Le ou la DSI a déclaré que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation sur les plans de mesures d'urgence en 2023.

Le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning

Attestation) du titulaire de permis, qui a été remise au directeur ou à la directrice, a été examiné. Le document indique que toutes les exigences prévues à l'article 90 de la Loi et aux articles 268 et 269 du Règlement ont été respectées. Le document indique que les renseignements et les réponses fournies dans l'attestation sont complets, véridiques et exacts. Le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) a été signé par l'administrateur ou l'administratrice en 2023.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé avoir rempli et remis le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation). L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les plans de mesures d'urgence, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, n'avaient pas été mis à l'épreuve ou évalués en 2023 et a également dit être au courant que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation relative aux plans de mesures d'urgence en 2023.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) de 2023 soit véridique et exacte mine l'intégrité du titulaire de permis ou de sa personne désignée, pose des problèmes de transparence et de divulgation de renseignements exacts au directeur ou à la directrice, entraîne des lacunes dans les soins et les services fournis aux personnes résidentes et, finalement, expose les personnes résidentes à un risque de préjudice.

**Sources :** examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report), du formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) remis au directeur ou à la directrice et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Attestation**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 270 (1) (g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Attestation

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Par. 270 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige une attestation comme l'exige l'article 90 de la Loi dans la forme qu'a approuvée le ministre, laquelle comprend les éléments suivants :

(g) une déclaration attestant que le titulaire de permis comprend que toute fausse déclaration, falsification ou omission de tout fait important dans l'attestation peut entraîner la nullité de l'attestation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il n'y ait pas de fausse déclaration ou de falsification de faits importants dans la déclaration d'attestation de plan de mesures d'urgence de 2023 remise au directeur ou à la directrice, ce qui entraîne la nullité de l'attestation.

**Justification et résumé**

Un incident critique, plus particulièrement lié à une perte de services essentiels, s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont dit ne pas se rappeler que les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, avaient été mis à l'épreuve ou évalués en 2023. Le ou la DSI a déclaré que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation sur les plans de mesures d'urgence en 2023.

Le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) du titulaire de permis, qui a été remis au directeur ou à la directrice, a été examiné. Le document indique que toutes les exigences prévues à l'article 90 de la Loi et aux articles 268 et 269 du Règlement ont été respectées. Le document indique que les renseignements et les réponses fournies dans l'attestation sont complets, véridiques et exacts; et que le signataire et le titulaire de permis comprenaient que toute fausse déclaration, falsification ou omission d'un fait important dans l'attestation pouvait entraîner la nullité de l'attestation.

L'administrateur ou l'administratrice a signé le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation).

**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 Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé avoir rempli et remis le formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation). L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les plans de mesures d'urgence, en particulier ceux liés à la perte de services essentiels, n'avaient pas été mis à l'épreuve ou évalués en 2023 et a également dit être au courant que l'ensemble du personnel n'avait pas reçu la formation relative aux plans de mesures d'urgence en 2023.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) de 2023 soit véridique et exacte mine l'intégrité du titulaire de permis ou de sa personne désignée, pose des problèmes de transparence et de divulgation de renseignements au directeur ou à la directrice, entraîne des lacunes dans les soins et les services fournis aux personnes résidentes et, finalement, expose les personnes résidentes à un risque de préjudice. La fausse déclaration et la falsification de faits importants dans l'attestation entraînent la nullité de l'attestation.

**Sources :** examen du rapport mensuel sur les dangers et les exercices réalisés dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence (Emergency Preparedness Completed Hazard and Drills Monthly Report), du formulaire d'attestation de plan de mesures d'urgence (Emergency Planning Attestation) remis au directeur ou à la directrice et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Services d'hébergement**

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

**Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)**

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**L'inspectrice ou l'inspecteur 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 faire ce qui suit :

1. OMNI Quality Living, en collaboration avec le ou la gestionnaire de l'entretien, l'administrateur ou l'administratrice et un fournisseur de services sous contrat, fera une évaluation et veillera à ce que la porte en question du foyer de soins de longue durée, qui est considérée comme une sortie de secours, soit en mesure de fonctionner pleinement en cas de panne d'électricité. Les documents relatifs à cette évaluation et à toute réparation requise doivent être conservés et mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
2. OMNI Quality Living, en collaboration avec le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice, fera réparer ou remplacer le revêtement de plancher et le sol en béton du vestibule concerné dans le foyer de soins de longue durée, soit la zone qui est considérée comme une sortie de secours. Le ou la gestionnaire de l'entretien, en collaboration avec l'administrateur ou l'administratrice et OMNI Quality Living, veillera à ce que toutes les sorties de secours soient en bon état et, si ce n'est pas le cas, à ce que des mesures correctives soient prises.
3. OMNI Quality Living, en collaboration avec le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice, fera inspecter le réservoir de carburant de la génératrice par un inspecteur autorisé ou une inspectrice autorisée et le fera remplacer si nécessaire. Les documents relatifs à l'inspection ou au remplacement du réservoir de carburant doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
4. Le ou la gestionnaire des services environnementaux, en collaboration avec le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice, élaborera et mettra en œuvre un plan visant à garantir que l'ensemble du personnel soit au courant de l'existence d'un plancher enfoncé dans la salle à manger en question et que cette zone soit couverte en tout temps, afin de réduire ou d'éliminer les risques de chute. L'élaboration et la mise en œuvre du plan, ainsi que toutes les communications au personnel, doivent être consignées dans un dossier. Les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**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 Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

5. Le ou la gestionnaire de l'entretien fera réparer ou remplacer la plinthe électrique ou le cache-radiateur dans la chambre désignée d'une personne résidente et dans les toilettes communes en question; fera fixer les moustiquaires dans la salle à manger en question, un salon désigné et la chambre désignée d'une personne résidente et fera réévaluer la nécessité des câbles électriques dans la chambre désignée d'une personne résidente. Si les câbles sont nécessaires, le ou la gestionnaire de l'entretien s'assurera que les câbles ne présentent pas de risque de trébuchement et de chute.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée. L'IC a eu une incidence sur les services offerts aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée. L'IC a fait l'objet d'une inspection, en même temps qu'une inspection proactive de la conformité.

Une porte d'entrée ou de sortie désignée du foyer de soins de longue durée, qui est également considérée comme une sortie de secours, ne fonctionnait pas.

Le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice ont avoué que la porte en question dans le foyer n'a pas pu fonctionner pendant l'incident critique et ont confirmé que cette porte était considérée comme une sortie de secours. Le ou la gestionnaire de l'entretien a précisé que la porte n'était pas reliée à la génératrice du foyer, celle-ci étant trop vieille et ayant une capacité trop limitée pour faire fonctionner la porte. Le ou la gestionnaire de l'entretien a ajouté que le problème concernant la porte d'entrée non reliée à la génératrice et l'incapacité des portes à fonctionner lors d'une situation d'urgence ont déjà été communiqués au titulaire de permis.

Le fait que le titulaire de permis ne veille pas à entretenir le foyer et le matériel de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état présente un risque pour la sécurité des personnes résidentes, des familles, des visiteurs et du personnel, en particulier en

cas d'une situation d'urgence.

**Sources :** observations, examen des factures des fournisseurs de services sous contrat et des rapports de mises à l'épreuve et d'inspection et entretiens avec les fournisseurs de services sous contrat, le ou la gestionnaire des services environnementaux, le ou la gestionnaire de l'entretien, l'administrateur ou l'administratrice et le titulaire de permis.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

### **Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Lors de l'inspection liée à l'IC, le personnel infirmier autorisé et l'administrateur ou l'administratrice ont demandé aux familles d'entrer et de sortir par une porte latérale du foyer de soins de longue durée, car la porte d'entrée principale était inutilisable. Des familles et une personne résidente ont été vues en train d'entrer dans le foyer de soins de longue durée et d'en sortir par une autre entrée, dans un vestibule, par une deuxième porte et dans un couloir de l'établissement. Les portes et le vestibule ont été définis comme des « sorties de secours ». Le sol carrelé et le sol en béton sous-jacent du vestibule étaient fissurés et présentaient des zones où le béton se détachait. La zone de délabrement s'étendait sur toute la largeur du vestibule.

Le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice ont dit ne pas être au courant que le vestibule était en mauvais état. Le ou la gestionnaire de l'entretien a reconnu que le revêtement de plancher fissuré et les zones de béton morcelées constituaient un risque de trébuchement et de chute.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas entretenu le revêtement de plancher d'un vestibule où se trouvait une sortie de secours présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes, les familles, le personnel et d'autres personnes.

**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 Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** observations et entretiens avec le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Lors de l'inspection, il a été constaté que le réservoir de carburant de la génératrice était presque vide et qu'il n'était pas possible de le remplir.

Le ou la gestionnaire de l'entretien et l'administrateur ou l'administratrice ont déclaré qu'un fournisseur de services sous contrat avait refusé de remplir le réservoir de carburant de la génératrice. Le ou la gestionnaire de l'entretien a expliqué que le fournisseur de services avait refusé de remplir le réservoir de carburant, car celui-ci devait être inspecté avant son remplissage. Le ou la gestionnaire de l'entretien a ajouté que le réservoir de carburant était vieux et devait être remplacé et qu'il ne passerait pas une inspection pour permettre son remplissage en carburant. Le ou la gestionnaire de l'entretien a précisé qu'OMNI Quality Living, le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée, savait que le réservoir de carburant de la génératrice devait être remplacé.

Le fait que le titulaire de permis ne veille pas à entretenir le foyer et le matériel de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état constitue un risque pour la sécurité, le confort et le bien-être des personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

**Sources :** observations, examen du dossier de factures du fournisseur de services en carburant et des factures des fournisseurs de services sous contrat ainsi que des rapports de mises à l'épreuve et d'inspection et entretiens avec les fournisseurs de services sous contrat, le ou la gestionnaire des services environnementaux, le ou la gestionnaire de l'entretien, l'administrateur ou l'administratrice et le titulaire de permis.

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

4. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

**Justification et résumé**

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée en même temps que l'inspection liée à un incident critique (IC). Au cours de l'inspection, une visite initiale du foyer de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

- Le recouvrement de la plinthe électrique dans la chambre désignée d'une personne résidente a été vu sur le sol. Le recouvrement métallique des plinthes électriques aperçues était rouillé et ébréché.
- Le recouvrement d'une plinthe électrique dans les toilettes communes des personnes résidentes a été vu à moitié retiré. Le recouvrement métallique des plinthes électriques aperçues était rouillé et ébréché.
- Des câbles électriques ont été vus sur le sol de la chambre désignée d'une personne résident; il s'agit d'une chambre partagée.
- Les moustiquaires de trois fenêtres d'une salle à manger déterminée, d'une fenêtre d'un salon désigné des personnes résidentes et d'une chambre désignée de personnes résidentes étaient mal ajustées.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a déclaré que toutes les zones du foyer et tout le matériel désignés par le personnel comme nécessitant des réparations doivent être consignés dans le classeur du registre d'entretien (Maintenance Log). Le ou la gestionnaire des services environnementaux a expliqué que le ou la gestionnaire de l'entretien examinait le registre d'entretien et apposait sa signature lorsque les réparations avaient été effectuées. Le ou la gestionnaire des services environnementaux a ajouté que le personnel devait communiquer les réparations nécessaires afin que les services environnementaux puissent prendre des mesures correctives.

Le classeur du registre d'entretien a été examiné. Le document n'indique pas que les plinthes électriques et les moustiquaires mal ajustés devaient être réparés.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le foyer soit entretenu de

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

sorte qu'il soit sûr et en bon état a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources :** observations et entretien avec la ou le gestionnaire des services environnementaux.

5. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

**Justification et résumé**

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée en même temps que l'inspection liée à un incident critique (IC). Au cours de l'inspection, une visite initiale ainsi qu'une observation des repas ont été effectuées; les éléments suivants ont été observés :

– Le plancher carrelé d'une salle à manger désignée était visiblement enfoncé.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a dit être au courant d'une partie enfoncée du plancher de la salle à manger; cette zone avait été identifiée comme présentant un risque de trébuchement et de chute il y a plusieurs années. Le ou la gestionnaire des services environnementaux a précisé que la zone identifiée devait être recouverte d'une des tables de la salle à manger afin d'éviter tout risque pour les personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état, en particulier le revêtement de plancher de la salle à manger, qui présente un risque de trébuchement et de chute et expose les personnes résidentes à un risque de blessure.

**Sources :** observations et entretien avec la ou le gestionnaire des services environnementaux.

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

## Justification et résumé

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit. L'IC a eu une incidence sur les services offerts aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

Lors de l'inspection liée à l'IC, des documents ont été examinés, notamment les plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, le rapport d'un fournisseur de services sous contrat et un ordre donné au titulaire de permis en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario. La documentation examinée a révélé que l'équipement et les systèmes de sécurité incendie étaient déficients et que leur état avait été considéré comme mauvais, sans que le titulaire de permis ne prenne de mesures correctives pendant une période déterminée.

Le ou la chef des pompiers a indiqué que le fait que le titulaire de permis, OMNI Quality Living-Springdale Country Manor, n'ait pas entretenu son équipement et ses systèmes de sécurité incendie en bon ordre de marche a contribué à la remise d'un ordre en 2024. Le ou la chef des pompiers a expliqué que le titulaire de permis se retrouvait dans une situation de non-conformité chronique, pour divers problèmes de non-conformité au plan de sécurité incendie et à l'entretien du matériel, y compris l'équipement de sécurité incendie et ses systèmes, depuis plusieurs années. Le ou la chef des pompiers a précisé que le défaut d'entretien de l'équipement et des systèmes de sécurité incendie du titulaire de permis posait un risque pour le foyer de soins de longue durée et que ce problème avait été porté à l'attention du titulaire de permis, de sa personne désignée et du commissaire des incendies de l'Ontario.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que l'équipement et les systèmes de sécurité incendie du foyer de soins de longue durée soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état présente un risque grave de préjudice ou de décès pour les personnes résidentes et le personnel.

Le ou la chef des pompiers a indiqué qu'à sa connaissance, l'équipement et les systèmes de sécurité incendie du foyer de soins de longue durée étaient désormais en bon ordre de marche.

**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 Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** examen des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis, en particulier ceux liés à la sécurité incendie, du rapport d'un fournisseur de services sous contrat, d'un ordre de non-conformité au Code de prévention des incendies, d'un ordre donné par l'inspecteur ou l'inspectrice concernant les exigences dans l'avis de directive du commissaire des incendies en cas de risque d'incendie grave dans les foyers de soins de longue durée (Ontario Fire Marshall Directive Notification Requirements for Serious Fire Risk in Long-Term Care) en vertu de la *Loi sur la prévention et la protection contre l'incendie*, de la correspondance entre les représentants d'OMNI Quality Living-Springdale Country Manor, le directeur ou la directrice d'OMNI Quality Living (le titulaire de permis) et les représentants du service des pompiers.

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

31 octobre 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Génératrices**

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Génératrices

Par. 22 (3) Le titulaire de permis d'un foyer auquel s'applique le paragraphe (2) veille à ce que le foyer ait un accès garanti à une génératrice prête à fonctionner dans les trois heures d'une panne d'électricité et capable de maintenir tous les éléments visés aux alinéas (1) a), b) et c). Paragraphe 22 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

**L'inspectrice ou l'inspecteur 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 veiller aux éléments suivants :

1. Le titulaire du permis, OMNI Quality Living, veille immédiatement à ce que la génératrice sur place soit « entièrement » fonctionnelle, qu'elle peut alimenter et maintenir en fonction tous les besoins ainsi que l'équipement conformément au paragraphe 22 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, notamment, le réfrigérateur industriel et la table à vapeur situés contre le mur ouest de la cuisine principale, les réfrigérateurs de médicaments et de vaccins dans la salle des médicaments ou

**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 Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

d'autres lieux d'entreposage des médicaments, la porte d'entrée et la sortie d'urgence ainsi que tout l'équipement utilisé pour préparer et distribuer les médicaments.

2. Le titulaire de permis, OMNI Quality Living, fournit un document écrit rédigé par un fournisseur de services sous contrat (par exemple, un électricien) attestant que la génératrice sur place a la capacité de maintenir en fonction tous les services et équipements essentiels requis par la Loi. Le document fourni par le fournisseur de services sous contrat doit comprendre une vérification détaillée de la capacité de la génératrice à maintenir tous les services essentiels requis; le document sera daté et signé ou tamponné par le fournisseur de services sous contrat qui a fourni cette vérification. Le document doit être conservé sur place, dans la propriété désignée comme le foyer Springdale Country Manor, et doit être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. L'administrateur ou l'administratrice ou le membre désigné de la direction fournit une communication écrite à l'ensemble du personnel, décrivant les services et l'équipement que la génératrice du foyer est en mesure d'alimenter et de maintenir en fonction en cas d'une situation d'urgence. De plus, cette communication doit être plastifiée et affichée dans la salle des médicaments, dans la cuisine principale, dans la salle d'entretien et dans les bureaux de la direction aux fins de référence en cas de panne d'électricité. La communication doit être transmise aux conseils des résidents et des familles. Les documents relatifs à cette communication destinée au personnel ainsi qu'aux conseils doivent être conservés et immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer de soins de longue durée ait accès à une génératrice prête à fonctionner et capable de maintenir en fonction tous les éléments visés par la Loi.

Conformément à l'alinéa 22 (1) (c) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit desservi par une génératrice qui est disponible en tout temps et capable de maintenir, en cas de panne d'électricité, les services essentiels, notamment l'équipement des services de diététique nécessaire à l'entreposage de la nourriture à des températures sûres

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

et à la préparation et à la livraison des repas et collations, l'équipement nécessaire à l'entreposage des médicaments à des températures sûres et à la préparation et à la livraison des médicaments, le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, les ascenseurs et les équipements de survie, de sécurité et de secours.

**Justification et résumé**

Un incident critique, plus précisément une perte de services essentiels, en raison d'une panne d'électricité, s'est produit.

Lors de l'inspection liée à l'IC, il a été constaté que la génératrice sur place n'avait pas la capacité de maintenir en fonction tous les services essentiels, en particulier l'équipement suivant :

- un réfrigérateur de taille industrielle;
- une table à vapeur;
- un réfrigérateur de médicaments;
- un réfrigérateur de vaccins;
- une porte d'entrée ou de sortie, qui est une sortie de secours désignée;
- des ordinateurs utilisés pour préparer et distribuer les médicaments aux personnes résidentes.

Le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice ont dit savoir que la génératrice, reliée au foyer de soins de longue durée, n'avait pas la capacité de maintenir en fonction les services essentiels comme l'exige la loi. Le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice ont déclaré que la direction au siège social, OMNI Quality Living, était au courant que la génératrice n'avait pas la capacité d'assurer le fonctionnement des services essentiels au foyer.

Le directeur ou la directrice des actifs d'OMNI Quality Living a déclaré ne pas être au courant que la génératrice sur place n'avait pas la capacité d'assurer le fonctionnement de tous les services essentiels du foyer de soins de longue durée.

Un fournisseur de services sous contrat a indiqué que la génératrice était « vieille », qu'elle n'avait pas la capacité de fonctionner à pleine charge et qu'elle ne pouvait

donc pas assurer le fonctionnement de tous les services essentiels requis en cas de panne d'électricité. Le fournisseur de services sous contrat a ajouté que le titulaire de permis, OMNI Quality Living, était au courant des lacunes relatives à la capacité de la génératrice depuis 2022.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que la génératrice sur place ait la capacité de maintenir en fonction les services essentiels entraîne des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes du foyer Springdale Country Manor, ce qui pose un risque pour la sécurité, le confort et le bien-être des personnes résidentes.

**Sources :** observations, examen des factures des fournisseurs de service sous contrat concernant la réparation et l'inspection de la génératrice et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la gestionnaire de l'entretien, le ou la gestionnaire des services environnementaux, le ou la DSI, l'administrateur ou l'administratrice, le directeur ou la directrice des actifs d'OMNI Quality Living, les fournisseurs de services sous contrat et les personnes désignées du service des pompiers.

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

31 octobre 2024

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 268 (14) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (14) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent une formation sur les plans de mesures d'urgence :

b) au moins une fois par année par la suite.

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

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

1. Former tout le personnel qui n'a pas été formé en 2023 sur TOUS les plans de mesures d'urgence visés par le paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22. La formation doit être documentée; les renseignements consignés doivent comprendre la date de la formation, les noms des membres du personnel formés et leur rôle, ainsi que la plateforme utilisée pour mener la formation. Le dossier relatif à la formation doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
2. L'administrateur ou l'administratrice, qui est la personne responsable désignée de la formation, s'occupe de superviser l'achèvement de la formation.
3. Cette formation s'ajoute à toute exigence de formation pour 2024.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel reçoive une formation annuelle sur les plans de mesures d'urgence et plus précisément la formation prévue en 2023.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) lié à une perte de services essentiels s'est produit au foyer de soins de longue durée.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé a indiqué qu'il ne connaissait pas son rôle et ses responsabilités lors de la panne d'électricité. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés (IAA) et l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) ont affirmé qu'ils ne se rappelaient pas avoir reçu de formation sur les plans de mesures d'urgence en 2023, y compris sur la perte de services essentiels.

Les statistiques de formation du personnel pour l'année 2023, relatives aux plans de mesures d'urgence, ont été examinées. La documentation n'indique pas que l'ensemble du personnel a reçu en 2023 une formation relative aux plans de mesures d'urgence. La documentation indique en outre que le ou la chef des

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

pompiers avait déjà émis une directive concernant la formation du personnel, notamment en matière de sécurité incendie et de prévention des incendies, qui est un élément des plans de mesures d'urgence.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel relative aux plans de mesures d'urgence avait été incomplète en 2023. Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice ont confirmé qu'ils savaient que l'ensemble du personnel devait recevoir une formation annuelle.

Les problèmes de non-conformité suivants ont été relevés dans le rapport concernant une personne résidente en particulier :

Avis écrit aux termes du paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021) – 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.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel reçoive la formation de recyclage annuelle relative à la prévention des incendies et à la sécurité incendie ainsi qu'aux plans de mesures d'urgence a entraîné des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes, ce qui présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes et les autres personnes en cas d'urgence. Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel soit formé sur son rôle et ses responsabilités vient entraver la capacité du personnel à assumer ses responsabilités, en particulier lors d'une situation d'urgence.

**Sources** : observations; examen des statistiques de formation du personnel pour 2023, en particulier celles concernant les plans de mesures d'urgence, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

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

31 octobre 2024.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'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 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 le directeur doit être présentée par écrit et signifiée 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 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.

### **Directeur**

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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

(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 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 et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé 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 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 du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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 suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**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**

a/s du coordonnateur des appels

**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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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).