

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 12 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1513-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Unionville Home Society

Foyer de soins de longue durée et ville : Union Villa, Unionville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 1 et 2, du 6 au 9 et du 12 au 14 août 2024

L'inspection concernait :

- Inspection proactive de la conformité

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

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

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021).

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

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation exigée par les alinéas a) et b) soit mise à la disposition des personnes résidentes et de leur famille, notamment les constatations et les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée en fonction des résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des familles/personnes soignantes.

Justification et résumé

Lors d'une inspection proactive de la conformité, on a réalisé que les constatations et les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée (FSLD) en fonction des résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des familles/personnes soignantes n'étaient pas affichées ou mises à la disposition des personnes résidentes et de leur famille au sein du foyer. La formatrice en amélioration constante de la qualité a confirmé que le foyer n'avait pas affiché ou mis à la disposition des personnes résidentes et des familles les résultats 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

sondage et le plan d'action qui en découlait. Elle a déclaré que cette information serait affichée. La formatrice en amélioration constante de la qualité a présenté les résultats aux inspecteurs et confirmé que les documents seraient affichés aux endroits prévus à cet effet. Un entretien avec l'administratrice a confirmé que ces documents n'étaient pas affichés.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les résultats du sondage et le plan d'action en découlant soient mis à la disposition des personnes résidentes et des familles n'a entraîné aucun risque pour les personnes résidentes du foyer.

Sources : Observations; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021).**Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 265 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, l'inspectrice ou inspecteur a constaté que la politique concernant les visiteurs n'y était pas affichée. Lors d'un entretien avec le directeur de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et des protocoles d'inspection, il

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

a été confirmé que la politique n'était présente ni sur les tableaux d'affichage à l'entrée ni ailleurs dans le foyer.

En ne veillant pas à ce que la politique soit affichée, le personnel, les visiteurs et les personnes résidentes risquent de ne pas en être informés.

Sources : Observations; entretien avec le directeur de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et des protocoles d'inspection.

AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS : CONSEIL

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

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

Le titulaire de permis n'a pas demandé l'avis du conseil des familles, le cas échéant, avant de donner suite aux résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des familles/personnes soignantes.

Justification et résumé

Lors d'une inspection proactive de la conformité, l'examen du procès-verbal d'une réunion du conseil des familles a révélé que les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des familles/personnes soignantes n'avaient pas été communiqués au conseil des familles, au même titre que le plan d'action du foyer visant à améliorer la situation sur la base des résultats. Un examen supplémentaire du procès-verbal d'une réunion du conseil des 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidentes a montré que les résultats du sondage étaient disponibles. L'ancienne présidente du conseil des familles, la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé que les résultats et le plan d'action n'avaient pas été communiqués au conseil des familles et que ce dernier n'a pas eu la possibilité de conseiller le foyer et de lui faire des suggestions pour donner suite aux résultats du sondage.

Le fait de ne pas avoir demandé l'avis du conseil des familles en vue de donner suite aux résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des familles/personnes soignantes a privé le foyer de l'occasion de répondre aux attentes des personnes résidentes et de leur famille.

Sources : Procès-verbal d'une réunion du conseil des familles; entretiens avec la présidente du conseil des familles, la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection chez une personne résidente soient consignés à chaque quart de travail.

Justification et résumé

Les inspecteurs ont examiné le formulaire mensuel de statistiques et de surveillance du foyer, lequel permet de recenser les personnes résidentes atteintes d'infections. On a constaté que la personne résidente souffrait d'une infection et qu'un traitement approprié lui avait été prescrit en conséquence. Selon les notes d'évolution, les symptômes infectieux n'ont pas été consignés par l'équipe de nuit pendant toute la durée du traitement de la personne résidente.

La directrice des soins et le directeur de la PCI et des protocoles d'inspection ont confirmé que les symptômes de la personne résidente auraient dû être consignés à chaque quart de travail pendant cette période.

Le fait de ne pas avoir consigné les symptômes infectieux de la personne résidente à chaque quart de travail a pu empêcher le personnel de surveiller adéquatement la personne résidente et sa réponse au traitement.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la directrice des soins et le directeur de la PCI et des protocoles d'inspection.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Tous les responsables désignés du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité du foyer comprenne notamment, parmi ses membres, tous les responsables désignés du foyer.

Justification et résumé

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait qu'aucun responsable désigné du foyer n'était présent à la réunion et que personne n'avait demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé que tous les responsables désignés du foyer n'en faisaient pas partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé que tous les responsables désignés du foyer ne faisaient partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce que chaque responsable désigné du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer de l'occasion de demander les conseils et la contribution des responsables des différents programmes du foyer.

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprenne notamment, parmi ses membres, le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer.

Justification et résumé

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait que le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer n'était pas présent à la réunion et qu'il n'avait pas demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé que le fournisseur de services pharmaceutiques n'en faisait pas partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé que le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ne faisait pas partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer d'une occasion d'obtenir des conseils et des renseignements sur le plan pharmacologique.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprenne notamment au moins un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Justification et résumé

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait qu'aucun membre du personnel infirmier permanent du foyer n'était présent à la réunion et que personne n'avait demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé qu'aucun membre du personnel infirmier permanent du foyer n'en faisait partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé qu'aucun membre du personnel infirmier permanent

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

du foyer ne faisait partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'au moins un membre du personnel infirmier permanent du foyer siège au comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer d'une occasion de demander des conseils et une contribution d'un point de vue opérationnel au personnel de première ligne.

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité du foyer comprenne notamment, parmi ses membres, au moins une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) du foyer.

Justification et résumé

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait qu'aucune PSSP du foyer n'était présente à la réunion et que personne n'avait demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé qu'aucune PSSP n'en faisait partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé qu'aucune PSSP du foyer ne faisait partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'au moins une PSSP du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer d'une occasion de demander des conseils et une contribution d'un point de vue opérationnel et en matière de soins directs.

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

9. Un membre du conseil des résidents.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprenne notamment un membre du conseil des personnes résidentes du foyer.

Justification et résumé

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait qu'aucun membre du conseil des personnes résidentes du foyer n'était présent à la réunion et que personne n'avait demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé qu'aucun membre du conseil des personnes résidentes du foyer n'en faisait partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé qu'aucun membre du conseil des personnes résidentes du foyer ne faisait partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'un membre du conseil des personnes résidentes du foyer siège au comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer d'une occasion de demander l'avis des personnes résidentes pour répondre à leurs attentes au sein du foyer.

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

**AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA
QUALITÉ**

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprenne un membre du conseil des familles du foyer.

Justification et résumé

On a procédé à un examen du procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Celui-ci indiquait qu'aucun membre du conseil des familles du foyer n'était présent à la réunion et que personne n'avait demandé à être excusé pour son absence. Par ailleurs, l'examen de la liste des membres de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité, fournie par la formatrice en amélioration constante de la qualité du foyer, a révélé qu'aucun membre du conseil des familles du foyer n'en faisait partie. Les entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice ont confirmé qu'aucun membre du conseil des familles du foyer ne faisait partie de l'équipe siégeant au comité d'amélioration constante de la qualité.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'un membre du conseil des familles du foyer siège au comité d'amélioration constante de la qualité a privé le foyer d'une occasion de demander l'avis d'un membre de la famille pour répondre aux attentes des familles au sein du foyer.

Sources : Liste des membres de l'équipe d'amélioration constante de la qualité du foyer; procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

entretiens avec la formatrice en amélioration constante de la qualité et l'administratrice.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 EXIGENCES EN MATIÈRE DE REFROIDISSEMENT

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 23 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23 (4) Chaque année, le titulaire de permis met en œuvre, entre le 15 mai et le 15 septembre, le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer. Il doit également le mettre en œuvre :

a) chaque jour où la température extérieure prévue par Environnement et Changement climatique Canada pour la zone où se trouve le foyer est de 26 degrés Celsius ou plus à un moment quelconque de la journée;

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

1. Tout le personnel infirmier autorisé (y compris le personnel d'agence), le personnel d'entretien et tous les membres de la direction du foyer de soins de longue durée recevront une formation en personne sur le programme de prévention des maladies liées à la chaleur mis en œuvre par le titulaire de permis. Celui-ci s'assurera que tous les membres du personnel et les responsables sont conscients de leurs rôles et responsabilités dans le maintien du confort et de la sécurité des personnes résidentes. Le directeur exécutif sera chargé de s'assurer que cette formation d'appoint a bien été suivie. Un registre documenté doit être tenu sur la formation offerte et comprendre la signature de tous les membres du personnel et un horaire détaillé identifiant les personnes qui travaillent dans chaque unité et précisant leurs journées et leurs quarts de travail.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. On rappellera à tous les membres du personnel infirmier et de soutien quels sont leurs rôles et responsabilités dans le maintien du confort et de la sécurité des personnes résidentes par temps chaud et les stratégies à mettre en œuvre pour réduire au minimum la température de l'air ambiant à l'intérieur du foyer et hydrater les personnes résidentes. Toute communication concernant le programme de prévention des maladies liées à la chaleur doit être conservée, y compris les dates auxquelles elle a été transmise au personnel. Les documents relatifs à la communication doivent être conservés à des fins d'examen par les inspecteurs.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur soit mis en œuvre dans l'ensemble du foyer lors d'une journée entre le 15 mai et le 15 septembre, au cours de laquelle on prévoyait une température extérieure de 26 degrés Celsius ou plus tout au long de la journée.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée (FSLD), on a constaté que les fenêtres du couloir du foyer étaient ouvertes dans trois aires distinctes. Un avertissement de chaleur était en vigueur au moment de l'observation. Les inspecteurs ont remarqué que la température était élevée dans les aires en question, en raison de l'ouverture des fenêtres. Aucune personne résidente n'a été vue à ces endroits au moment de l'observation.

La politique du titulaire de permis sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur précise que le personnel doit surveiller et répondre aux besoins individuels des personnes résidentes par temps chaud et prendre des mesures pour prévenir les maladies liées à la chaleur. La politique précise que, pendant les périodes de chaleur, les fenêtres et les stores doivent être fermés pour favoriser un environnement plus frais. Ces mesures peuvent être mises en œuvre pour atténuer l'inconfort des personnes résidentes.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les inspecteurs ont fait part de leur inquiétude au superviseur de l'entretien concernant les trois fenêtres ouvertes pendant l'avertissement de chaleur et la température élevée à laquelle cette situation avait donné lieu.

Le superviseur de l'entretien a déclaré que la température était de 29,3 degrés Celsius lorsqu'il a pointé le thermomètre infrarouge vers le mur. Il a confirmé que les fenêtres et les stores auraient dû être fermés pendant l'avertissement de chaleur.

La directrice des soins et le superviseur de l'entretien ont tous deux confirmé que les interventions nécessaires les jours où un avertissement de chaleur est en vigueur consistent à fermer toutes les fenêtres et tous les stores pour contribuer au maintien d'un environnement plus frais.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur soit mis en œuvre dans le foyer a exposé les personnes résidentes à des risques de complications liées à ces maladies.

Sources : Rapport météorologique à Unionville, Ontario; politique du foyer sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur; entretiens avec la directrice des soins et le superviseur de l'entretien.

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

7 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 TEMPÉRATURE AMBIANTE

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

1. La gestionnaire des services environnementaux élaborera et mettra en œuvre un processus visant à s'assurer que la température de l'air soit enregistrée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 heures et une fois le soir ou la nuit dans les aires suivantes :

a. Au moins deux chambres de personnes résidentes dans des parties différentes du foyer.

b. Une aire commune aux personnes résidentes à chaque étage du foyer, laquelle peut comprendre un salon, une salle à manger ou un couloir.

c. Chaque zone de refroidissement désignée.

2. Cette procédure sera communiquée à l'ensemble du personnel identifié comme responsable de la consignation des températures. Les modalités de cette communication doivent être conservées et communiquées à l'inspectrice ou inspecteur immédiatement sur demande.

3. La gestionnaire des services environnementaux ou son représentant procédera, pendant deux semaines, à une vérification quotidienne puis, pendant quatre semaines, à une vérification hebdomadaire, afin de s'assurer que toutes les températures requises sont prises et consignées et que des mesures correctives sont documentées lorsque la température se situe en dehors de la fourchette acceptable. Un registre documenté des vérifications doit être conservé et fourni à l'inspectrice ou inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température devant être mesurée en application du paragraphe (2) soit consignée au moins une fois le matin, une fois

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 24 (3).

Justification et résumé

Lors de l'examen des documents, le foyer a fourni deux types de vérification des températures : manuelle et électronique. Les résultats des vérifications ne concordaient pas entre eux, car la vérification manuelle présentait des lacunes importantes en matière de documentation. Le registre électronique de contrôle de la température ambiante du foyer n'avait pas été documenté non plus pendant une certaine période.

La gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le foyer devait enregistrer la température de l'air trois fois par jour et la documenter électroniquement.

Le superviseur de l'entretien a reconnu que personne n'était chargé de prendre la température de l'air le soir et qu'il utilisait la température moyenne calculée pour remplir les données du formulaire électronique. Le superviseur de l'entretien a également confirmé qu'il utilisait la température moyenne de l'air ambiant pour combler les lacunes dans les documents relatifs à la température de l'air.

Le fait que les températures requises n'aient pas été consignées a augmenté le risque que des températures élevées ne soient pas recensées, entraînant un impact sur la capacité du foyer à mettre en œuvre son plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur comme il se doit.

Sources : Registre des températures de l'air; plan de lutte contre la chaleur; entretiens avec le superviseur de l'entretien et la gestionnaire des services environnementaux.

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

7 novembre 2024

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- 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 suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur 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;

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 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'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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.