

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Rapport public modifié**

Page couverture (M1)

**Date d'émission du rapport modifié :** 6 septembre 2024

**Date d'émission du rapport initial :** 16 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1356-0002 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Axiom Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités  
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Winbourne Park, Ajax

**RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ**

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :

- Annuler l'ordre de conformité (OC) n° 005 en vertu du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ontario 246/22;
- La date d'échéance de mise en conformité des OC n° 001 et n° 004 a été changée pour le 15 octobre 2024.

**Rapport public modifié (M1)**

**Date d'émission du rapport modifié :**

**Date d'émission du rapport initial :** 16 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1356-0002 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Titulaire de permis :** Axiom Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités  
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Winbourne Park, Ajax

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :

- Annuler l'ordre de conformité (OC) n° 005 en vertu du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ontario 246/22;
- La date d'échéance de mise en conformité des OC n° 001 et n° 004 a été changée pour le 15 octobre 2024.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 14 et du 16 au 19 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Sept demandes liées à une allégation de mauvais traitements.
- Une demande liée à une chute ayant entraîné une fracture.
- Une demande liée à de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Une demande liée à une éclosion de maladie infectieuse.
- Une demande liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
- Une plainte portant sur les soins palliatifs, les soins de la peau et des plaies et au service de restauration.

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

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

### AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 55 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position visés au paragraphe (1) sont facilement accessibles au foyer s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aides pour changer de position soient facilement accessibles au personnel s'occupant d'une personne résidente.

### Justification et résumé

Une plainte portant sur plusieurs aspects des soins prodigués à une personne résidente, notamment l'utilisation inappropriée d'appareils pour changer de position,

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

a été transmise au ministère des Soins de longue durée (MSLD). L'auteur de la plainte alléguait que le personnel avait utilisé un appareil inapproprié pour aider la personne résidente à changer de position dans son lit.

Selon le programme de soins de la personne résidente, elle présentait un risque d'altération de l'intégrité épidermique et avait besoin d'aide pour changer de position.

La liste de vérification des compétences en levage et en transfert pour un déplacement sécuritaire (*Safe Ambulation Lift Transfer Skills Checklist*) précisait qu'un appareil précis devait être utilisé pour aider les personnes résidentes à changer de position dans leur lit.

L'infirmière autorisée (IA) a informé l'inspectrice ou l'inspecteur qu'on lui avait signalé l'utilisation, par le personnel, d'un appareil inapproprié pour aider la personne résidente à changer de position. L'IA a confirmé que le personnel n'avait pas utilisé un bon appareil pour changer de position. L'IA et l'administratrice ont reconnu que le personnel avait utilisé le mauvais appareil.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'appareil approprié pour changer de position soit accessible a exposé la personne résidente à un risque de déchirures de la peau.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente, liste de vérification des compétences en levage et en transfert pour un déplacement sécuritaire (*Safe Ambulation Lift Transfer Skills Checklist*), et entretiens avec l'IA et l'administratrice.

**AVIS ÉCRIT : POLITIQUE VISANT À PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE ZÉRO**

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) sur de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel a été soumis au directeur. Selon le RIC, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a eu un échange négatif avec une personne résidente, causant à celle-ci une détresse émotionnelle.

Selon les notes d'enquête du foyer, la personne résidente a signalé l'incident à une PSSP. Celle-ci a confirmé que la personne résidente était en détresse émotionnelle à la suite de l'échange et a demandé que l'allégation soit rapportée à la directrice des soins.

Selon la politique du foyer intitulée *Resident Non-Abuse Program* (programme de prévention des mauvais traitements envers les personnes résidentes), le personnel était tenu de faire immédiatement rapport au personnel responsable de toute allégation de mauvais traitements infligés aux 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas fait immédiatement rapport de l'incident, car la directrice des soins n'était pas disponible, et qu'elle avait décidé d'attendre le retour de celle-ci le lendemain.

La PSSP a reconnu qu'elle savait qu'elle devait faire immédiatement rapport de l'allégation au personnel responsable.

Le non-respect de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes a retardé l'enquête du foyer, exposant la personne résidente à un risque accru de mauvais traitements.

**Sources :** Politique ADMIN-010-01 intitulée *Resident Non-Abuse Program* (programme de prévention des mauvais traitements envers les personnes résidentes), modifiée le 30 janvier 2024, notes d'enquête du foyer et entretien avec la PSSP.

## **AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

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

### **Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un RIC sur une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente a été soumis au directeur. Selon le RIC, la personne résidente alléguait que deux membres du personnel lui avaient prodigué des soins de manière brutale.

Les notes d'enquête du foyer indiquaient que, le jour de l'incident, une PSSP et un fournisseur de soins personnels ont assuré les soins auprès d'une personne résidente. Pendant cette interaction, la personne résidente a affiché des comportements réactifs.

Le programme de soins de la personne résidente précisait que si celle-ci affichait des comportements réactifs, le personnel devait mettre en œuvre des stratégies pour les gérer.

Le fournisseur de soins personnels a confirmé que les interventions prévues dans le programme de soins n'avaient pas été utilisées. Le directeur régional a confirmé que le personnel aurait dû suivre les interventions précisées dans le programme de soins.

Le défaut d'avoir mis en œuvre les stratégies conçues pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente lui a causé une détresse émotionnelle.

**Sources** : Programme de soins de la personne résidente, entretiens avec le fournisseur de soins personnels et le directeur régional.

**AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

**Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques adéquates pour aider une personne résidente à manger.

**Justification et résumé**

Une plainte portant sur une technique inadéquate pour aider une personne résidente à manger a été transmise au MSLD. Un RIC a également été soumis par le foyer à ce sujet.

Les dossiers de la personne résidente indiquent qu'en raison d'un diagnostic médical, son état de santé s'était dégradé et la rendait incapable de s'alimenter seule.

De plus, le programme de soins précisait qu'en raison d'un risque nutritionnel, la personne résidente avait besoin d'aide pour ses soins bucco-dentaires. L'auteur de la plainte alléguait que la personne résidente avait été nourrie de façon non sécuritaire.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le module de formation du foyer sur l'aide pour les repas et les collations détaillait les méthodes à utiliser pour nourrir les personnes résidentes en toute sécurité. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et l'administratrice ont confirmé que la technique requise pour nourrir la personne résidente n'avait pas été respectée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit nourrie selon des techniques sécuritaires l'a exposée à un risque nutritionnel.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente, module de formation intitulé *Meal and Snack Assistance Module 3: Preparation and Assistance* (module 3 sur l'aide pour les repas et les collations : préparation et aide »), entretiens avec l'IAA et l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

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

### **Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI.

### **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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Plus précisément, selon la section 11.6 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI), le titulaire de permis doit fournir aux personnes des renseignements leur permettant de surveiller leur état de santé dans le foyer et installer au niveau des entrées et dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses.

Un RIC sur l'écllosion d'une maladie infectieuse a été reçu par le directeur. En entrant dans le foyer, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté la présence d'une liste de signes et de symptômes des maladies infectieuses, mais celle-ci n'était pas affichée dans tout le foyer. La personne responsable de la PCI a confirmé que les affiches n'étaient pas installées dans tout le foyer, car elle souhaitait préserver un environnement accueillant pour les personnes résidentes.

L'observation du processus de dépistage passif a révélé qu'aucun renseignement n'était fourni au personnel et aux visiteurs pour leur permettre de surveiller leur état de santé dans le foyer. La personne responsable de la PCI a confirmé qu'aucun renseignement permettant aux personnes de faire un dépistage dans le foyer n'avait été transmis.

Selon les directives du guide en cas de pandémie d'Extendicare (*Pandemic Playbook*) sur le dépistage passif, tous les membres de l'équipe, les étudiants et les bénévoles qui échouent au dépistage ne sont pas autorisés à entrer dans l'établissement.

Le fait de ne pas avoir fourni de renseignements permettant de surveiller l'état de santé des personnes et ne pas avoir installé dans tout le foyer des affiches présentant les signes et les symptômes a exposé les personnes résidentes à un risque d'infection.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel et guide en cas de pandémie d'Extendicare (*Pandemic Playbook*).

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des précautions de base en ne nettoyant pas quotidiennement le plancher des chambres des personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Selon le point h) de la section 5.3 de la Norme de PCI délivrée par le directeur, révisée en septembre 2022, le titulaire de permis veille à ce que les politiques et marches à suivre du programme de PCI comprennent les politiques et marches à suivre pour la mise en œuvre de pratiques de base et de précautions supplémentaires, notamment le nettoyage et la désinfection.

Un RIC sur une éclosion a été reçu par le directeur. L'inspectrice ou l'inspecteur a observé qu'un membre du personnel d'entretien ménager lavait le plancher de certaines chambres de personnes résidentes, mais pas d'autres. L'entretien avec cette personne a permis de confirmer que le plancher de toutes les chambres de personnes résidentes n'était pas nettoyé chaque jour et que seuls les planchers collants l'étaient quotidiennement.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le nettoyage quotidien des planchers des chambres de personnes résidentes était une pratique de base. La politique intitulée *Resident Room Daily Cleaning and Disinfecting* (désinfection et nettoyages quotidiens des chambres à coucher de personnes résidentes) confirmait que les planchers des chambres de personnes résidentes devaient être nettoyés chaque jour.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir suivi la politique du foyer sur la désinfection et le nettoyage a exposé les personnes résidentes à un risque d'infection.

**Sources :** Observations, entretiens avec le personnel, et politique ES-C-10-05 intitulée *Resident Room Daily Cleaning and Disinfecting* (désinfection et nettoyages quotidiens des chambres à coucher de personnes résidentes).

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la PCI.

**Justification et résumé**

Plus précisément, selon la section 10.1 de la Norme de PCI, révisée pour la dernière fois en septembre 2023, le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains qui doivent être facilement accessibles aux points de service et dans les autres aires communes et réservées aux personnes résidentes.

Un RIC sur l'écllosion de maladies infectieuses a été reçu par le directeur. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'une PSSP avait quitté la chambre d'une personne résidente sans avoir effectué les quatre moments d'hygiène des mains, faute de désinfectant pour les mains accessible immédiatement.

Aucun désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) n'était accessible dans le coin repos destiné aux personnes résidentes ni dans la rallonge de la salle à manger, aux premier et deuxième étages.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Après avoir interagi avec des personnes résidentes dans leur chambre, quatre PSSP ont été observées quittant les chambres pour utiliser du DMBA. La personne responsable de la PCI a confirmé qu'il n'était pas nécessaire d'installer des distributeurs de désinfectant pour les mains dans les chambres, juste avant d'en sortir. L'administratrice a reconnu que, dans la configuration actuelle des chambres, il était impossible d'effectuer les quatre moments de l'hygiène des mains.

Selon le guide en cas de pandémie d'Extendicare (*Pandemic Playbook*), chaque membre du personnel doit respecter les quatre moments de l'hygiène des mains.

L'absence de DMBA à des endroits facilement accessibles, comme à la sortie des chambres, augmente le risque de transmission d'agents infectieux.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel et guide en cas de pandémie d'Extendicare (*Pandemic Playbook*).

4) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en place d'un programme d'hygiène des mains comprenant au minimum l'accès à des agents d'hygiène des mains aux points de service.

**Justification et résumé**

Conformément à la section 10.3 de la Norme de PCI, révisée en septembre 2023, des installations de lavage des mains dotées des fournitures appropriées doivent également être accessibles dans les aires communes et dans les aires de travail où il peut être nécessaire de se laver les mains.

Un RIC sur l'écllosion de maladies infectieuses a été reçu par le directeur.  
L'inspectrice ou l'inspecteur a observé quatre PSSP quittant des chambres 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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes pour aller utiliser un distributeur de désinfectant pour les mains. Plusieurs chambres du foyer ne disposaient pas de distributeur de désinfectant pour les mains au point de service.

La personne responsable de la PCI a confirmé qu'il n'était pas nécessaire d'installer des distributeurs de désinfectant pour les mains dans les chambres, avant d'en sortir, et a suggéré que le personnel utilise le DMBA au point de service ou quitte la chambre pour accéder au distributeur dans le corridor. L'administratrice a reconnu que, dans la configuration actuelle des chambres, il était impossible d'effectuer les quatre moments de l'hygiène des mains.

Les *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains* de Santé publique Ontario définissent le « point de service » comme l'endroit où sont réunis trois éléments : le client/patient/résident, le fournisseur de soins ainsi que les soins ou le traitement nécessitant un contact avec le client/patient/résident. Le concept était utilisé pour déterminer l'emplacement des produits d'hygiène des mains de façon à les rendre facilement accessibles au personnel en les plaçant le plus près possible de l'endroit où a lieu le contact avec le client/patient/résident, c'est-à-dire à portée de main.

Le fait de ne pas fournir de désinfectant pour les mains au point de service expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

**Sources :** Observations, entretiens avec le personnel, et examen de la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée (septembre 2023) et des *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains* de Santé publique Ontario, datées du 19 décembre 2023.

5) Le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient suivies dans le cadre du programme de PCI conformément

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires quant à l'installation des récipients pour l'équipement de protection individuelle (EPI).

Le point f) de la section 9.1 de la Norme de PCI délivrée par le directeur, révisée en septembre 2023, renvoie aux exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

**Justification et résumé**

Un RIC sur l'écllosion de maladies infectieuses a été reçu par le directeur. Les inspectrices ou les inspecteurs ont observé qu'un contenant pour l'EPI était placé à l'extérieur d'une chambre faisant l'objet de précautions supplémentaires. La personne responsable de la PCI a confirmé qu'elle ne savait pas que les contenants pour l'EPI devaient être installés à l'intérieur de la chambre de la personne résidente. Une IAA a confirmé que les contenants pour éliminer l'EPI avaient toujours été placés à l'extérieur des chambres. Selon le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, l'EPI doit être retiré et éliminé immédiatement à la fin de l'interaction pour laquelle il a été utilisé.

Le fait de ne pas avoir mis en œuvre les lignes directrices sur les pratiques exemplaires quant au retrait de l'EPI a exposé les personnes résidentes à un risque d'infection.

**Sources** : Observation, entretien avec le personnel et meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur l'EPI (2012).

**AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté des enquêtes, de leurs conclusions et des mesures prises en conséquence.

**Justification et résumé**

Une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements d'ordre affectifs infligés à une personne résidente a été reçue par l'ancien directeur des soins.

L'examen du dossier d'employé a révélé l'absence de dossier documenté des enquêtes et des mesures prises suivant les conclusions de celles-ci.

L'ancien directeur des soins a reconnu qu'aucun dossier documenté des enquêtes et des mesures prises suivant les conclusions de celles-ci n'avait été tenu.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'ancien directeur des soins a précisé que la conclusion des enquêtes avait surtout conduit à une démarche corrective et à une occasion d'apprentissage pour le personnel concerné. Il a affirmé qu'une formation avait été offerte au personnel. Toutefois, aucune trace de cette formation n'a été retrouvée dans PointClickCare ni dans le dossier d'employé. De plus, la PSSP a indiqué n'avoir reçu aucune formation.

Le fait que le foyer n'ait pas tenu de dossier documenté des enquêtes et des mesures prises suivant les conclusions de celles-ci expose la personne résidente au risque de subir de nouveau de mauvais traitements et a empêché le foyer de cerner d'éventuelles tendances en matière de mauvais traitements.

**Sources :** Notes d'évolution, dossier d'employé et entretiens avec l'ancien directeur des soins et l'administratrice.

**AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES**

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

**Non-respect : du paragraphe 108 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;
- b) les résultats de l'examen et de l'analyse sont pris en considération pour décider des améliorations devant être apportées au foyer;
- c) chaque examen effectué et les améliorations apportées en conséquence sont consignés dans un dossier.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté des enquêtes, de leurs conclusions et des mesures prises en conséquence.

**Justification et résumé**

Une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements d'ordre affectifs infligés à une personne résidente a été reçue par l'ancien directeur des soins.

L'examen des dossiers du foyer visant à répondre aux allégations n'a révélé aucun renseignement concernant les enquêtes, leurs conclusions, ni les mesures prises en conséquence.

Les entretiens avec l'ancien directeur des soins et l'administratrice ont confirmé l'absence d'un dossier documenté des enquêtes, de leurs conclusions et des mesures prises en conséquence.

Puisqu'il n'y avait pas de dossier documenté des enquêtes et des mesures prises à la suite des conclusions de celles-ci, le foyer n'a pas pu cerner les tendances potentielles en matière de mauvais traitements, analyser les tendances et, par conséquent, apporter des améliorations fondées sur l'analyse de ces tendances.

**Sources :** Notes d'évolution, dossier d'employé et entretiens avec l'ancien directeur des soins et l'administratrice.

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

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 23 (4) 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;
- b) chaque fois que la température dans une aire du foyer, telle que la mesure le titulaire de permis, conformément aux paragraphes 24 (2), (3) et (4), atteint 26 degrés Celsius ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 23 (4).

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit, au minimum :

1) mettre en œuvre, pendant les mois plus chauds, le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer, lequel répond aux besoins des personnes résidentes, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

- a) En collaboration avec l'équipe de direction, le gestionnaire des services environnementaux doit élaborer et mettre en œuvre un processus permettant de mesurer les températures extérieures et intérieures (conformément à la loi) et de déterminer à quel moment le plan sur les maladies liées à la chaleur doit être mis en œuvre.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- b) L'équipe de direction fournira à l'ensemble du personnel une formation en personne sur le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer, notamment sur l'emplacement des stations de refroidissement désignées et la méthode appropriée pour mesurer la température ambiante.
- c) Tenir un registre de la formation donnée, des personnes ayant reçu la formation, du nom du membre de l'équipe de direction ayant donné la formation, de la date où la formation a été donnée et du contenu de la formation et des documents de formation.
- d) Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer lorsque les températures intérieures et extérieures du foyer atteignaient 26 degrés Celsius ou plus.

**Justification et résumé**

Cette intervention a été déclenchée à la suite d'une inspection sur place motivée par une hausse observée de la température ambiante dans les sections accessibles aux résidents. À une date donnée, Environnement Canada a émis un bulletin météorologique spécial annonçant des températures élevées de 28 degrés Celsius et a recommandé à la population de se montrer vigilante face aux maladies liées à la chaleur.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a observé aucune affiche indiquant les conditions de chaleur extrême ou les signes et symptômes de maladies liées à la chaleur, que ce soit à l'entrée ou dans tout le foyer.

Dans deux sections accessibles aux résidents, l'inspectrice ou l'inspecteur a relevé que le thermostat indiquait 26,1 degrés Celsius. Il ou elle n'a pas non plus observé le déplacement de personnes résidentes vers une autre aire de refroidissement.

L'administratrice a confirmé que certaines pièces étaient désignées comme aires de refroidissement. Toutefois, l'une de ces aires affichait une température supérieure à 26,1 degrés Celsius, et la zone centrale du foyer ne pouvait accueillir plus de 40 personnes résidentes. Trois PSSP n'ont pas su indiquer où se trouvaient les aires de refroidissement dans le foyer lorsque la température était supérieure à 26,1 degrés Celsius.

Le fait de ne pas avoir mis en œuvre le plan de prévention des maladies liées à la chaleur du foyer a exposé les personnes résidentes au risque de maladies liées à la chaleur.

**Sources :** Observation, entretien avec le personnel et modèle de plan interdisciplinaire d'intervention en cas de chaleur.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
15 octobre 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 EXIGENCES EN MATIÈRE DE REFROIDISSEMENT**

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Exigences en matière de refroidissement

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit, au minimum :

1) L'administratrice, la directrice des soins et le gestionnaire des services environnementaux doivent élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur qui répond aux besoins des personnes résidentes et est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes.

- a) L'équipe de direction fournira à l'ensemble du personnel une formation en personne sur le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer.
- b) Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
- c) Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.
- d) Le foyer doit démontrer l'intégration de son plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur à sa formation annuelle.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit élaboré par écrit un plan de prévention et de gestion sur les maladies liées à la chaleur du foyer qui répond aux besoins des personnes résidentes et est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes.

**Justification et résumé**

Cette intervention a été déclenchée à la suite d'une inspection sur place motivée par une hausse observée de la température ambiante dans les sections accessibles aux résidents. À une date donnée, Environnement Canada a émis un bulletin météorologique spécial annonçant des températures élevées de 28 degrés Celsius et a recommandé à la population de se montrer vigilante face aux maladies liées à la chaleur.

Le modèle de plan interdisciplinaire d'intervention en cas de chaleur qui a été fourni par l'administratrice du foyer ne comportait pas de facteurs de risque ni de symptômes pouvant entraîner des maladies liées à la chaleur. L'administratrice a confirmé que le foyer était en train de mettre à jour sa politique sur les maladies liées à la chaleur.

Le fait de ne pas avoir mis en œuvre un plan de prévention des maladies liées à la chaleur a exposé les personnes résidentes au risque de maladies liées à la chaleur.

**Sources :** Modèle de plan interdisciplinaire d'intervention en cas de chaleur du foyer et entretien avec le 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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
15 octobre 2024.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 EXIGENCES EN MATIÈRE DE REFROIDISSEMENT**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 23 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23 (2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum :

- a) préciser les facteurs de risque particuliers qui peuvent occasionner des maladies liées à la chaleur et exiger que le personnel surveille à intervalles réguliers si les résidents sont exposés à ces facteurs et prenne les mesures appropriées en conséquence;
- b) préciser des symptômes de maladies liées à la chaleur et exiger que le personnel surveille à intervalles réguliers si les résidents présentent ces symptômes et prenne les mesures appropriées en conséquence;
- c) préciser les interventions et stratégies particulières que le personnel doit mettre en œuvre pour prévenir ou atténuer, d'une part, les facteurs de risque précisés qui peuvent occasionner des maladies liées à la chaleur chez les résidents et, d'autre part, les symptômes précisés de ces maladies;
- d) prévoir notamment l'utilisation de la climatisation, de l'équipement de refroidissement et d'autres ressources, au besoin, pour protéger les résidents des maladies liées à la chaleur;
- e) comprendre un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux résidents, au personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents du foyer, au conseil des familles du foyer, s'il y en a, et à d'autres personnes si cela est approprié. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 23 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, par. 3 (1).

**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 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)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit, au minimum :

1) mettre en place une équipe de gestion de la chaleur chargée de la gestion des températures, conformément à la législation en vigueur.

- a) La directrice générale et le gestionnaire des services environnementaux doivent créer et mettre en œuvre une équipe de gestion de la chaleur.
- b) Le foyer doit fournir une formation en personne à l'équipe de gestion de la chaleur, portant notamment sur le rôle de chaque membre au sein de l'équipe.
- c) Le gestionnaire des services environnementaux ou un représentant de la direction doit élaborer et mettre en œuvre un protocole pour communiquer les procédures de gestion des maladies liées à la chaleur.
- d) Le gestionnaire des services environnementaux ou un représentant de la direction doit élaborer et mettre en œuvre un processus de surveillance des températures, précisant les mesures à prendre si la température est supérieure à 26 degrés Celsius ou inférieure à 22 degrés Celsius.
- e) Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
- f) Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la climatisation soit opérationnelle et en bon état.

**Justification et résumé**

Cette intervention a été déclenchée à la suite d'une inspection sur place motivée par une hausse observée de la température ambiante dans les sections accessibles aux

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

résidents. À une date précise, The Weather Network a émis pour la région d'Ajax un bulletin météorologique spécial signalant une hausse des températures. Deux personnes résidentes ont indiqué, lors d'entretiens, qu'elles trouvaient parfois la salle à manger trop chaude et qu'elles se déplaçaient dans le foyer pour chercher un endroit plus frais.

Lors d'une visite du foyer avec le gestionnaire des services environnementaux, la température ambiante a été mesurée avec un thermomètre infrarouge, révélant une température de 26,1 degrés Celsius dans une partie précise de l'immeuble.

Dans une section accessible aux résidents, la température ambiante relevée était de 26,1 degrés Celsius. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le chauffage avait été activé dans cette section.

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que le couvercle de protection du thermostat était cassé. Dans la salle à manger d'une autre section accessible aux résidents, la température était également de 26,1 degrés Celsius. L'administratrice a confirmé que l'unité de climatisation alimentant cette aire du foyer ne fonctionnait qu'à moitié de sa capacité.

Le fait de ne pas avoir mis en œuvre un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur a exposé les personnes résidentes au risque de maladies liées à la chaleur.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel et politique du foyer sur la température.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
15 octobre 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 TEMPÉRATURE AMBIANTE**

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

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

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

**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) Acheter et installer un appareil adéquat pour mesurer la température ambiante du foyer.
  - a) Le gestionnaire des services environnementaux ou l'équipe de direction doit former le personnel chargé de la prise des températures sur l'utilisation de l'appareil de mesure et sur la consignation des registres sur le formulaire prévu à cet effet.
  - b) Le gestionnaire des services environnementaux doit vérifier quotidiennement les registres de température pour en assurer l'exactitude et prendre des mesures correctives en cas de non-conformité. Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.
  - c) Tenir un registre de la formation donnée comprenant le nom des personnes ayant reçu la formation, la date où la formation a été donnée et le contenu de la formation et des documents de formation.
  - d) Mettre ce registre à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température dans le foyer soit mesurée et consignée par écrit.

**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 ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Cette intervention a été déclenchée à la suite d'une inspection sur place motivée par une hausse observée de la température ambiante dans les sections accessibles aux résidents. Lors d'une visite avec le gestionnaire des services environnementaux, la température a été mesurée à l'aide d'un thermomètre infrarouge, qui ne fournissait pas de relevés exacts, car il mesurait la température des surfaces et non celle de l'air ambiant. Les températures relevées variaient entre 23,7 et 26,1 degrés Celsius.

Sur place, le foyer a acheté des thermomètres-hygromètres pour mesurer la température de l'air ambiant et les a distribués dans chaque unité. L'inspectrice ou l'inspecteur a parcouru le foyer pour comparer les relevés des nouveaux appareils à ceux du thermomètre infrarouge. Ces comparaisons, confirmées par le rapport du dispositif HUMIE, ont démontré que le thermomètre infrarouge ne fournissait pas de mesures précises. Le gestionnaire des services environnementaux et l'administratrice ont confirmé que le foyer utilisait jusqu'alors des thermomètres infrarouges pour mesurer la température ambiante.

Selon le manuel du fabricant, le modèle de thermomètre infrarouge utilisé par le foyer est équipé d'une tête de capteur intégrée qui détecte le rayonnement infrarouge propre aux surfaces, émis par tous les objets.

Le fait de ne pas avoir utilisé un thermomètre adapté à la mesure de l'air ambiant a exposé les personnes résidentes au risque de maladies liées à la chaleur.

**Sources :** Observations et entretiens avec le personnel.

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

15 octobre 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**(M1)**

**Les ordres suivants ont été annulés : OC n° 005**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 TEMPÉRATURE AMBIANTE**

Problème de conformité n° 011 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<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).