

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1614-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Corporation of the Town of Kirkland Lake

Foyer de soins de longue durée et ville : Teck Pioneer Residence, Kirkland Lake

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 9, 10, 11 et 12 juin 2025

Les inspections concernaient :

- Signalement : n° 00149057 – inspection proactive de conformité

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 85 (3) c) de la *LRSLD* (2021).

Affichage des renseignements

85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence soit affichée dans le foyer. Le foyer a affiché cette politique avant le départ des inspectrices et inspecteurs.

Source : Observations des inspectrices et inspecteurs et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 juin 2025

Problème de conformité n° 002 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 265 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Affichage des renseignements

265 (1) Pour l'application de la disposition 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 relative aux visiteurs soit affichée dans le foyer, mais il l'a affichée avant le départ des inspectrices et inspecteurs.

Sources : Observations des inspectrices et inspecteurs et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 juin 2025

AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins – Demande d'avis non effectuée.

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 43 (4) de la *LRSLD* (2021).

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

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 personnes résidentes en ce qui concerne la suite à donner aux résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins. L'une des représentantes ou l'un des représentants du conseil des personnes résidentes a confirmé que le foyer n'avait pas examiné les résultats du sondage et n'avait pas demandé l'avis du conseil pour y donner suite.

Sources : examen des procès-verbaux des réunions du conseil des personnes résidentes et entretien avec un membre du conseil des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Température ambiante

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius. Plus précisément, en mai 2025, 14 relevés de température ambiante dans les chambres des personnes résidentes étaient inférieurs à 22 degrés Celsius (plage de 19,4 à

21,1). Les relevés de températures ambiantes effectués en juin 2025 dans les chambres des personnes résidentes ont montré que 25 chambres affichaient une température inférieure à 22 degrés Celsius (variant de 16,8 à 21,1). Les températures quotidiennes des autres chambres n'ont pas fait l'objet de relevés.

Sources : observations des inspectrices et inspecteurs, entretien avec une ou un IA et la ou le gestionnaire des services d'entretien.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Température ambiante

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les températures ambiantes soient mesurées et consignées au moins une fois l'après-midi entre 12 h et 15 h et une fois le soir ou la nuit. Plus précisément, le titulaire de permis n'avait pas mesuré et consigné les températures ambiantes dans les chambres des personnes résidentes ou les aires communes l'après-midi entre 12 h et 15 h et une fois le soir ou la nuit.

Sources : registres des températures ambiantes du foyer, entretien avec une ou un IA et la ou le gestionnaire des services d'entretien.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

1. Une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats,

notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de programme d'hydratation comprenne des protocoles pour diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées, telles que la ou le diététiste professionnel(e), lorsque cela est requis.

Sources : Politique d'hydratation du foyer, entretiens avec une ou un IAA, la ou le diététiste professionnel(e), la ou le gestionnaire de l'alimentation et l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 34 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de programme d'hydratation soit examinée et mise à jour annuellement. Plus précisément, sa politique de programme d'hydratation a été examinée et mise à jour pour la dernière fois en mai 2020.

Sources : Politique du programme d'hydratation du foyer et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

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 son comité d'amélioration constante de la qualité comprenne un membre du personnel infirmier permanent.

Lors d'un entretien tenu à une date donnée en juin 2025, la ou le responsable de l'amélioration de la qualité a reconnu et confirmé qu'aucun membre du personnel infirmier permanent ne siégeait à son comité d'amélioration de la qualité.

Sources : Entretien avec la ou le responsable de l'ACQ. Procès-verbaux du comité d'amélioration de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

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 son comité d'amélioration constante de la qualité comprenne un membre du personnel PSSP.

Lors d'un entretien tenu à une date donnée en juin 2025, la ou le responsable de l'amélioration de la qualité a reconnu et confirmé qu'aucune ou aucun PSSP ne siégeait à son comité d'amélioration de la qualité.

Sources : Entretien avec la ou le responsable de l'ACQ. Procès-verbaux du comité d'amélioration de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

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.

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

Lors d'un entretien tenu à une date donnée en juin 2025, la ou le responsable de l'amélioration de la qualité a reconnu et confirmé qu'aucun membre du conseil des personnes résidentes ne siégeait à son comité d'ACQ.

Sources : Entretien avec la ou le responsable de l'ACQ, procès-verbaux du comité d'amélioration de la qualité.

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

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie de son rapport annuel sur l'amélioration constante de la qualité soit fournie au conseil des personnes résidentes.

À une date donnée en juin 2025, la ou le responsable de l'amélioration de la qualité a signalé que le conseil des personnes résidentes n'avait pas reçu de copie annuelle de ce rapport.

Sources : entretiens avec un membre du conseil des personnes résidentes et la ou le responsable de l'amélioration de la qualité.