

**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>Rapport public initial</b>	
<b>Date d'émission du rapport : 9 septembre 2024</b>	
<b>Numéro d'inspection : 2024-1553-0004</b>	
<b>Type d'inspection :</b> Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> The Corporation of the County of Northumberland	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Golden Plough Lodge, Cobourg	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> Les inspectrices ou inspecteurs	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 23 et du 26 au 30 août 2024.

L'inspection concernait :

- Suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) n° 006 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à la prévention et au contrôle des infections et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 30 juillet 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 005 en vertu du paragraphe 24 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à la température ambiante et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 007 en vertu de la disposition 11 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié au programme d'hygiène des mains et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 5 août 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 008 en vertu du paragraphe 142 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié au cannabis récréatif et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 29 juillet 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

- Suivi n° 1 – OC n° 009 en vertu du paragraphe 252 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à des vérifications de dossiers de police et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 30 juillet 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 001 en vertu du paragraphe 23.1 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié aux exigences en matière de climatisation et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 12 juillet 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 003 en vertu du paragraphe 23.2 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à la désinstallation d'un climatiseur et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 15 juillet 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 004 en vertu du paragraphe 23.2 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à l'installation d'un climatiseur portable et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 15 juillet 2024.
- Suivi n° 1 – OC n° 002 en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021), lié à la formation et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 30 juillet 2024.

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 24 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu de la disposition 11 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 142 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 009 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 252 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 23.1 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 23.2 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 23.2 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

**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'inspection a établi la **NON**-conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1553-0003 en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Normes de dotation, de formation et de soins

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

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 104 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2024-1553-0003 délivré le 26 juin 2024 dont la date d'échéance de mise en conformité était le 30 juillet 2024.

La formation requise pour le personnel ne comprenait pas de formation dans tous les domaines exigés en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) pour tout le personnel de sécurité, les autres employés d'agence et le personnel nouvellement embauché travaillant au foyer.

**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**

Le processus écrit élaboré et la formation donnée aux employés d'agence et au personnel nouvellement embauché en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) ne comprenaient pas la formation exigée par l'ensemble des lois, règlements et politiques du ministère et les documents similaires, dont les politiques du titulaire de permis, pertinents pour les responsabilités de la personne avant son entrée en fonction au foyer.

La documentation fournie ne comprenait pas le contenu de la formation ayant été donnée, une signature des membres du personnel d'agence ayant reçu la formation, la date à laquelle la formation a été donnée et les résultats des tests d'évaluation des connaissances acquises par le personnel lors de cette formation.

Le directeur adjoint des soins et l'administratrice ont reconnu que la formation devant être suivie par le personnel en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) n'avait pas été donnée à tout le personnel de sécurité, aux autres membres d'agence et au personnel nouvellement embauché travaillant au foyer.

En ne veillant pas à ce que tout le personnel de sécurité, les autres membres d'agence et le personnel nouvellement embauché reçoivent la formation requise, les personnes résidentes ont été exposées à un risque de préjudice.

**Sources :** Ordre de conformité n° 002, guide d'orientation pour les nouveaux employés (« New Employee Orientation Guide »), dossiers Surge Learning du personnel, entretiens avec le directeur adjoint des soins et l'administratrice.

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA n° 001).**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à 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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001  
Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la *Loi*.

**Historique de la conformité**

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect : de l'alinéa 20 g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

**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, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, ce système soit calibré de sorte que le personnel puisse entendre l'alarme.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a entendu une sonnette d'appel. On n'a pas trouvé de personnel dans l'unité. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a signalé qu'elle était en dehors de l'unité et que c'était le personnel d'une autre section accessible aux résidents qui devait répondre aux sonnettes d'appel.

L'administratrice a confirmé que le système de communication du foyer était un système sonore et que le personnel travaillant dans l'autre section accessible aux résidents ne pouvait pas entendre la sonnette d'appel quand une personne résidente activait cette dernière pour obtenir de l'aide.

Il y avait un risque accru pour la sécurité de la personne résidente, car le personnel n'était pas alerté pour répondre aux besoins de cette dernière.

**Sources :** Observations, entretiens avec le personnel et l'administratrice.

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

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 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).

**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 mis en œuvre la norme ou le protocole que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Conformément à la section 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (septembre 2023), le titulaire de permis doit veiller au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Plus précisément, il doit se conformer au point d) de cette section, qui mentionne l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés comme précautions supplémentaires.

**Justification et résumé**

Deux personnes résidentes avaient besoin de précautions supplémentaires; le personnel devait utiliser un EPI lorsqu'il fournissait des soins directs.

Une infirmière s'occupait des soins des pieds d'une personne résidente. Elle ne portait pas l'EPI approprié. L'infirmière a mentionné qu'elle ne savait pas que la personne résidente avait besoin de précautions supplémentaires et qu'elle devait porter l'EPI approprié.

On a observé une PSSP en train de retirer son EPI de la mauvaise façon après avoir quitté la chambre d'une personne résidente. La PSSP a reconnu que la technique qu'elle avait employée pour retirer son EPI n'était pas conforme à ce qu'on lui avait montré en formation.

Le responsable de la PCI a mentionné que le personnel devait effectuer l'hygiène des mains et utiliser l'EPI approprié. Il a aussi mentionné que les membres du personnel devaient retirer leur EPI puis effectuer l'hygiène des mains après avoir quitté une chambre d'une personne résidente.

Quand les membres du personnel n'utilisaient pas et ne retiraient pas leur EPI de la bonne manière, il y avait un risque de transmission d'agents infectieux.

**Sources :** Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, observations, entretiens avec le personnel et entretien avec le responsable de la PCI.

**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° 001 Protection contre certains cas de contention**

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 34 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Protection contre certains cas de contention

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

5. Maîtrisé, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

### **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 :

L'administratrice ou le remplaçant désigné de la direction doit retirer les barrières, les verrous et les appareils ou mesures de contrôle pour faire en sorte qu'aucune personne résidente ne se voie empêcher l'accès aux aires de la salle à manger et aux aires de refroidissement désignées des personnes résidentes. L'administratrice ou le remplaçant désigné de la direction doit effectuer une vérification deux fois par jour, une fois le jour et une fois le soir, durant deux semaines, puis tous les deux jours pendant deux semaines, pour s'assurer que les portes de la salle à manger sont ouvertes. Si on constate que la porte de la salle à manger est fermée ou verrouillée, la personne désignée effectuant la vérification doit fournir des instructions au personnel qui travaille dans l'unité. Conserver un registre documenté de la vérification, ce qui comprend le nom de la personne désignée ayant effectué la vérification, la date, l'heure, l'état de la porte de la salle à manger (fermée ou verrouillée), les instructions fournies quand on a observé que la porte

**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

était fermée ou verrouillée et les noms des membres du personnel ayant reçu ces instructions. Fournir ce document immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente au foyer ne soit maîtrisée, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une salle ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres personnes résidentes ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer, deux salles à manger des personnes résidentes étaient verrouillées. Ces aires étaient également les aires de refroidissement désignées des personnes résidentes. Un membre du personnel d'entretien ménager a confirmé que la salle à manger des personnes résidentes ne devait pas être verrouillée. Le lendemain, la porte de la salle à manger était verrouillée. Une PSSP l'a ouverte. La PSSP a signalé que la porte de la salle à manger était généralement verrouillée.

L'administratrice a confirmé que les portes de la salle à manger ne devaient pas être verrouillées, que les personnes résidentes devaient pouvoir les franchir, et que les salles à manger étaient également des aires de refroidissement désignées, sauf une. L'administratrice a reconnu qu'il y avait un risque pour la sécurité des personnes résidentes quand la porte de la salle à manger était verrouillée, avec une personne résidente à l'intérieur de la salle.

La semaine suivante, les portes de deux des deux aires où mangent les personnes résidentes qui étaient également des aires de refroidissement désignées étaient bien fermées. Les personnes résidentes en fauteuil roulant ou ayant une déficience cognitive n'avaient pas accès à ces aires. Une infirmière auxiliaire autorisée a reconnu que les salles à manger étaient les aires de refroidissement désignées des personnes résidentes et que toutes les personnes résidentes devaient y avoir accès.

**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 directeur des soins par intérim a reconnu que, quand les portes de la salle à manger étaient fermées, cela constituait un obstacle et empêchait les personnes résidentes en fauteuil roulant ou ayant une déficience cognitive d'accéder à cette aire.

En ne permettant pas aux personnes résidentes d'accéder aux salles à manger du foyer, qui sont également les aires de refroidissement désignées, le titulaire de permis a affecté la qualité de vie des personnes résidentes, en réduisant leur espace de vie en dehors de leurs sections accessibles. Quand la personne résidente a été observée dans la salle à manger alors que la porte était verrouillée, sa santé aurait pu être exposée à un risque s'il y avait eu une urgence médicale et que le personnel n'avait pas eu la clé pour ouvrir la porte.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel et l'administratrice.

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

1<sup>er</sup> novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Exigences en matière de refroidissement**

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 23 (2) c) 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 :

c) préciser les interventions et les 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;

**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 :

1. Donner au personnel autorisé, aux PSSP, à tous les PSSP d'agence, à tout le personnel autorisé d'agence et à tout le personnel de gestion une formation sur le plan de gestion des maladies liées à la chaleur en indiquant les interventions et les 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. Conserver un registre documenté comprenant la date, les noms des membres du personnel et leur signature, le contenu de la formation et la façon dont celle-ci a été donnée.
2. Conformément au plan du foyer pour les maladies liées à la chaleur, qui indiquait que le plan est mis en application du mois de mai au mois de septembre de chaque année et quand la température s'élève à vingt-six degrés Celsius ou plus. Le personnel infirmier doit effectuer les interventions précisées dans le programme de soins pour toutes les personnes résidentes identifiées comme présentant un risque lié à la chaleur élevé ou modéré comme l'indique l'évaluation du risque lié à la chaleur (réalisée chaque trimestre par l'instrument d'évaluation RAI et se trouvant dans PointClickCare). La directrice des soins ou son remplaçant désigné doit, dans la semaine suivant la réception du rapport du titulaire de permis, vérifier tous les programmes de soins des personnes résidentes pour s'assurer qu'ils ont été mis à jour en fonction des interventions propres aux personnes résidentes, conformément au plan de prévention des maladies liées à la chaleur. Conserver un registre documenté comprenant le nom de la personne résidente, la date et une indication à savoir si le programme de soins était à jour. Les registres documentés doivent être fournis à la demande de l'inspectrice ou l'inspecteur.
3. La directrice des soins ou son remplaçant désigné doit élaborer un processus pour faire en sorte que tous les programmes de soins des personnes résidentes soient mis à jour au plus tard le 15 mai de chaque année, conformément au plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur, de manière à ce que

**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

chaque personne résidente ait des interventions et des stratégies particulières mises en œuvre pour prévenir ou atténuer les facteurs de risque. Conserver un registre documenté du plan élaboré et fournir le document à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas précisé les interventions et les stratégies particulières que le personnel devait 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 personnes résidentes et, d'autre part, les symptômes précisés de ces maladies.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, on a remarqué que quelques climatiseurs portables de personnes résidentes étaient éteints.

La politique du foyer indiquait que, durant les mois chauds, toutes les personnes résidentes doivent faire l'objet d'une surveillance afin de détecter les signes de déshydratation et de stress dû à la chaleur. Le personnel infirmier doit effectuer les interventions indiquées dans le programme de soins pour toutes les personnes résidentes identifiées comme présentant un risque élevé ou modéré, comme l'indique l'échelle d'évaluation de la chaleur.

Un examen des températures de l'air enregistrées quotidiennement a révélé que la température de l'air avait été de 26 degrés Celsius ou plus à plusieurs reprises sur une période de quelques semaines. Un examen des programmes de soins des personnes résidentes a révélé qu'il n'y avait pas d'intervention ou de surveillance des personnes résidentes pour détecter les signes de déshydratation et de stress dû à la chaleur, conformément au plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur.

Le directeur des soins par intérim a reconnu que les personnes résidentes devraient avoir des programmes de soins personnalisés, conformément au plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur. Le directeur des soins par

**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

intérim et l'administratrice ont fait observer que les programmes de soins auraient dû être mis à jour avant le 15 mai 2024 de manière à inclure les interventions à effectuer pour la surveillance des signes de maladie et de stress dû à la chaleur, conformément au plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur.

En ne veillant pas à ce que les programmes de soins des personnes résidentes soient mis à jour de manière à y inclure les interventions et la surveillance, les personnes résidentes étaient exposées au risque de développer une maladie liée à la chaleur, quand le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur devait être mis en œuvre compte tenu d'une hausse des températures de l'air au foyer.

**Sources :** Politique du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le directeur des soins par intérim et l'administratrice.

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

1<sup>er</sup> novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Formation**

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.

**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 :

1. L'équipe de gestion, dirigée par l'administratrice, doit donner à tout le personnel travaillant au foyer une formation dans tous les domaines exigés par le paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021).
2. Un dossier écrit de toute la formation ainsi qu'un registre des connaissances démontrées à l'issue de la formation doivent être conservés. Ce dossier et ce registre doivent comprendre le type de formation donnée, le nom du formateur, un registre du test de connaissances, la date et l'heure auxquelles la formation a été donnée ainsi que le nom et la signature des membres du personnel ayant reçu la formation. Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou inspecteur immédiatement sur demande.
3. L'administratrice doit élaborer un processus pour faire en sorte que la formation destinée à tout le personnel réponde à l'exigence de formation en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021). Elle doit également veiller à ce que toute autre formation requise propre aux rôles du personnel soit donnée avant l'entrée en fonction au foyer.
4. L'administratrice ou un remplaçant désigné de la direction doit effectuer une vérification de tout le personnel travaillant au foyer pour s'assurer que la formation exigée en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) a été donnée. La vérification doit comprendre le nom du membre du personnel, la date d'embauche, le poste désigné, une liste de tous les thèmes de formation propres à son rôle et ses responsabilités devant être abordés, ainsi que la date à laquelle chaque thème a été traité. Tout manquement relevé sera consigné et le personnel concerné sera immédiatement formé conformément aux exigences de la législation. Un registre documenté de cette vérification, y compris la mesure corrective, doit être conservé et être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne ne s'acquitte de ses responsabilités avant d'avoir reçu la formation sur l'ensemble des lois, règlements et politiques du Ministère et les documents similaires, y compris ses politiques pertinentes pour les responsabilités de la personne.

**Justification et résumé**

Une inspection de suivi en lien avec le paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) a révélé que plusieurs membres du personnel travaillant au foyer n'avaient pas reçu l'ensemble de la formation requise, notamment la formation sur les politiques du titulaire de permis ayant de la pertinence pour les responsabilités de la personne, avant l'entrée en fonction au foyer.

Le directeur adjoint des soins et l'administratrice ont tous deux signalé que *Surge Learning* et le guide d'orientation pour les nouveaux employés étaient considérés comme étant les sources principales pour la formation du personnel. Également, ils ont reconnu que les exigences de formation en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) n'avaient pas été respectées quand plusieurs des politiques du titulaire de permis ne faisaient pas partie de la formation du personnel.

En ne veillant pas à ce que tout le personnel suive la formation requise, les personnes résidentes étaient exposées à un risque de préjudice.

**Sources :** Guide d'orientation pour les nouveaux employés (« New Employee Orientation Guide »), dossiers *Surge Learning* du personnel, entretiens avec le directeur adjoint des soins et l'administratrice.

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

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

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 002**

**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 003**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la *Loi* et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

OC n° 002 (de l'inspection n° 2024-1553-0003) délivré le 26 juin 2024 en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) lié à l'orientation/la formation et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 30 juillet 2024.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**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 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 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)

**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

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;
- 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

**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  
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).