

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 23 juillet 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1193-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** CVH (n° 6) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Orchard Villa, Pickering

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 3 au 6, 9 au 11, 13, 17 au 20 et 23 au 26 juin 2025, ainsi que 3 et 4 juillet 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 30 juin 2025 et 2 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier en lien avec le suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001/2025-1193-0002 – Alinéa 78(3)b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Préparation alimentaire. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 31 mai 2025
- Un dossier en lien avec le suivi n° 1 – Alinéa 102(9)b) du Règl. de l'Ont. 246/22. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 2 juin 2025
- Un dossier en lien avec l'éclosion d'une maladie respiratoire
- Un dossier en lien avec une plainte concernant les soins
- Un dossier en lien avec un incident ayant entraîné une blessure et un changement important de l'état de santé d'une personne résidente
- Un dossier en lien avec une plainte concernant la température dans le foyer

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1193-0002 en lien avec l'alinéa 78(3)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1193-0002 en lien avec l'alinéa 102(9)b) du  
Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

#### Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

On a mené des démarches d'observation à l'extérieur du foyer, dans la zone fumeurs, où l'on a constaté qu'il manquait un panneau de bois sur le siège d'un banc couramment utilisé par les personnes résidentes. Sur ce banc, il y avait également du métal rouillé et des clous saillants de chaque côté.

**Sources** : Démarches d'observation.

### AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

#### Non-respect de : l'alinéa 28(1)1 de la LRSLD

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28(1) – Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on porte à l'attention de la directrice ou du directeur des allégations de soins administrés à une personne résidente de façon inappropriée ayant causé un risque de préjudice à cette personne.

Une personne résidente s'est plainte que le personnel avait fait preuve de rudesse en fournissant des soins, ce qui lui avait causé des douleurs. Le registre des plaintes du foyer indique que le problème n'a pas été signalé à la directrice ou au directeur. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que ces allégations auraient dû être signalées à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Registre des plaintes du foyer; entretiens avec l'IA et la ou le DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

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

**Non-respect de : l'alinéa 12(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les personnes résidentes de sortir, y compris les balcons et les terrasses, soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Au cours de ses démarches d'observation dans une aire du foyer où habitent des personnes résidentes, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la porte menant au balcon de la salle à manger n'était pas verrouillée et qu'une affiche y était apposée, sur laquelle on pouvait lire « use at your own risk » (« utilisez à vos propres risques »).

**Sources** : Démarches d'observation.

### **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect de : l'alinéa 20b) 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 :

b) il est sous tension en tout temps.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui soit sous tension en tout temps.

Lors d'une visite du foyer, on a constaté que le système de communication bilatérale à l'intérieur de trois chambres à coucher de personnes résidentes ne fonctionnait pas lorsqu'il était activé.

**Sources** : Démarches d'observation dans les chambres à coucher des personnes résidentes.

### **AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

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

**Non-respect de : l'alinéa 56(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on mette en œuvre le plan d'une personne résidente concernant la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence.

Une plainte a été déposée auprès du ministère des Soins de longue durée (MSLD) pour de multiples raisons, notamment en ce qui concerne des soins liés à l'incontinence inadéquats. L'autrice ou l'auteur de la plainte a signalé que l'on omettait de répondre aux besoins d'une personne résidente en matière de soins liés à l'incontinence.

Selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci avait besoin d'une intervention particulière pour répondre à ses besoins en matière de soins liés à l'incontinence. La personne résidente et le personnel ont confirmé que l'intervention n'était pas en place.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente et le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

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

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

Entretien ménager

Paragraphe 93(2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les murs, soient nettoyées.

Au cours de ses démarches d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté la présence de taches noires séchées à plusieurs endroits dans le foyer. Selon le calendrier de nettoyage mensuel du foyer, en plus des tâches quotidiennes et

hebdomadaires, le personnel devait nettoyer les murs, les événements et les plinthes.

**Sources** : Démarches d'observation; calendrier de nettoyage mensuel du foyer.

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 108(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108(1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une réponse soit fournie à une personne résidente lorsque celle-ci a fait une plainte verbale au foyer.

Une plainte a été déposée auprès du MSLD concernant de nombreux aspects des soins prodigués à une personne résidente, notamment en ce qui concerne l'omission de donner suite aux préoccupations de la personne.

Un examen du registre des plaintes du foyer a révélé que la personne résidente avait formulé une plainte verbale, disant qu'elle avait subi un préjudice. Le registre indiquait également qu'aucune réponse n'avait été fournie à cette personne. La ou le DSI a confirmé qu'une réponse aurait dû être fournie à la personne résidente.

**Sources** : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la ou le DSI.

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Programme de soins**

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 6(7) de la LRSLD**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Programme de soins

Paragraphe 6(7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. La ou le DSI ou la personne désignée doit examiner le programme de soins de la personne résidente avec l'ensemble des membres du personnel, de tous les quarts de travail, qui fournissent des soins à la personne résidente. Cet examen doit porter sur les besoins en matière de tabagisme et sur le niveau de soutien nécessaire pour garantir la sécurité de la personne résidente lorsqu'elle fume.

2. La ou le DSI ou la personne désignée doit effectuer des vérifications hebdomadaires, pendant quatre semaines, afin de s'assurer que les mesures d'intervention prévues dans le programme de soins écrit sont menées à bien, tel que le précise le programme.

3. La ou le DSI ou la personne désignée doit conserver un dossier sur l'examen du programme de soins et les vérifications réalisées, dans lequel elle ou il fait état de toutes les mesures correctives prises.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on fournisse à une personne résidente les soins prévus dans son programme de soins relativement au tabagisme, tel que le précise le programme.

Lors de démarches d'observation dans le cadre de l'inspection, on a vu une personne résidente qui se trouvait avec deux autres personnes résidentes dans la zone fumeurs – les trois personnes fumaient – et qui était en possession d'un appareil.

Conformément au programme de soins de la personne résidente, les membres du personnel doivent surveiller l'appareil en question lorsque celle-ci fume et lui rappeler de placer l'appareil dans un endroit sécuritaire pendant cette période.

Vu la proximité de l'appareil et de la personne résidente, il y avait un risque d'incendie

important, créant ainsi un risque de préjudice grave pour la personne résidente et les deux autres personnes résidentes présentes.

**Sources** : Démarches d'observation; examen du programme de soins écrit de la personne résidente; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 août 2025**

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 001**

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD.

**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* (LRSLD), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, 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 pour les raisons suivantes : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

### **Historique de la conformité :**

Au cours des 36 derniers mois, plus précisément le 8 avril 2025, un ordre de conformité hautement prioritaire (n° 2025-1193-0003) a été délivré en vertu du paragraphe 6(7) de la LRSLD.

**Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis 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.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

### **Non-respect du : paragraphe 24(1) de la LRSLD**

Obligation de protéger

Paragraphe 24(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

### **L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

- 1) Effectuer des vérifications de la sonnette d'appel de la personne résidente deux fois par semaine, pendant deux semaines, et ce, afin de veiller à ce que la sonnette reste à portée de main et à ce qu'elle puisse être utilisée par la personne.
- 2) Consigner dans un dossier la date et l'heure de la vérification, le nom du membre du personnel qui l'a effectuée et le résultat, en plus des mesures prises, le cas échéant, à la suite de la vérification.
- 3) Mener un entretien hebdomadaire avec la personne résidente, pendant trois semaines, afin d'évaluer sa satisfaction quant à la rapidité de la réponse du personnel lorsqu'elle utilise la sonnette d'appel. Le foyer doit documenter les réponses de la personne résidente et les mesures prises, le cas échéant.
- 4) Consigner dans un dossier la date et de l'heure de l'entrevue, le nom du membre du personnel qui l'a menée et le résultat, en plus des mesures prises, le cas échéant, à la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

suite de l'entrevue.

5) Fournir à la personne résidente une sonnette d'appel adaptée à ses besoins et installer la sonnette dans la salle de bains de la personne.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente ne fasse l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, on entend par « négligence » le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. La négligence s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Une plainte a été déposée auprès du MSLD concernant de nombreux sujets de préoccupation relatifs aux soins fournis à une personne résidente, notamment l'omission de voir à ce que la personne ait accès à une sonnette d'appel. Un examen des dossiers de la personne résidente a permis d'établir que celle-ci avait besoin de l'aide du personnel pour accomplir des activités de la vie quotidienne.

Les notes sur l'évolution de la situation montraient que l'état de santé de la personne résidente s'était détérioré et qu'elle était devenue incapable d'utiliser la sonnette d'appel standard du foyer. Ce n'est que 41 jours plus tard que le personnel a reçu une demande selon laquelle il devait fournir à la personne résidente une sonnette d'appel répondant à ses besoins. En outre, lors de ses démarches d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la personne résidente avait, dans sa salle de bains, une sonnette d'appel qu'elle n'était pas en mesure d'utiliser. La personne résidente a informé l'inspectrice ou l'inspecteur qu'en raison de son état de santé, elle n'avait pas pu utiliser la sonnette d'appel à son chevet pendant 41 jours et qu'il n'y avait jamais eu de sonnette d'appel adaptée à ses besoins dans sa salle de bains.

La ou le DSI a indiqué que lorsqu'une personne résidente n'est plus en mesure d'utiliser la sonnette d'appel standard, on mène une évaluation pour déterminer le type de sonnette d'appel approprié, puis on effectue des vérifications fréquentes auprès de la personne jusqu'à ce qu'elle reçoive la sonnette qui lui convient. De même, la ou le DSI a dit à l'inspectrice ou à l'inspecteur qu'elle ou il n'avait été informé(e) de la demande

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

de la personne résidente que quelques jours avant l'installation de la sonnette d'appel et elle ou il a confirmé que le foyer était tenu de fournir ce service à la personne. La personne résidente a confirmé que pendant 41 jours, vu l'absence d'une sonnette d'appel utilisable, il y avait eu des retards dans les soins qu'elle recevait et qu'elle n'avait pas été en mesure d'exprimer ses besoins.

Compte tenu du niveau élevé de dépendance de la personne résidente, l'absence d'une sonnette d'appel accessible pendant 41 jours a constitué un risque important, qui a nui à la dignité, à l'autonomie et au bien-être physique de cette personne.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; programme de soins; démarches d'observation; entretien avec la personne résidente et la ou le DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 août 2025**

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

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD.

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

**Lié à l'ordre de conformité n° 002**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, 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 pour les raisons suivantes : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

### **Historique de la conformité :**

Au cours des 36 derniers mois, plus précisément le 28 juin 2025, un ordre de

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

conformité (n° 2023-1193-0004) a été délivré en vertu du paragraphe 24(1) de la LRSLD.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis 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.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 – Programme de soins**

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

### **Non-respect de : l'alinéa 29(3)19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

Paragraphe 29(3) – Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

### **L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) La ou le DSI ou la personne désignée organisera une formation sur la politique du foyer à propos de la sécurité en matière de tabagisme et de vapotage à l'intention de l'ensemble des membres du personnel chargés de réaliser une évaluation sur la sécurité en lien avec le tabagisme.

2) Conserver un dossier sur la formation contenant les renseignements suivants : les noms de la personne qui a donné la formation et des membres du personnel qui ont participé à celle-ci, ainsi que la date et l'heure de la formation.

3) La ou le DSI ou la personne désignée procédera à une vérification auprès de toutes les personnes résidentes qui fument dans le foyer, et ce, afin de veiller à ce que la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

décision relative à la sécurité en matière de tabagisme et le programme de soins soient révisés, mis à jour et mis en œuvre par le foyer.

4) Conserver un dossier sur la vérification contenant les renseignements suivants : le nom de la personne qui a effectué la vérification, la date de la vérification, les noms des personnes résidentes concernées et les mesures correctives prises.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé au minimum sur une évaluation interdisciplinaire des risques que posait cette personne en matière de sécurité.

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice ou au directeur à la suite d'un incident ayant entraîné une blessure grave et un changement important de l'état de santé d'une personne résidente.

À une date donnée, un incident s'est produit dans la zone fumeurs; les vêtements d'une personne résidente ont pris feu, ce qui a causé des blessures importantes qui ont entraîné le transfert de cette personne vers un autre établissement médical.

Un examen de l'évaluation sur la sécurité en matière de tabagisme concernant la personne résidente a révélé que des membres du personnel autorisé avaient fait état de certaines préoccupations lors de l'évaluation. Toutefois, selon les conclusions de l'évaluation, cette personne résidente pouvait fumer de façon indépendante.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a confirmé qu'à l'issue de l'évaluation, compte tenu de l'état cognitif de la personne résidente et des incidents antérieurs liés aux préoccupations concernant le tabagisme, il aurait fallu modifier la décision relative à la sécurité de cette personne lorsqu'elle fume et ainsi établir que cette personne devait être supervisée pendant ces périodes.

L'omission de réviser le programme de soins de la personne résidente a empêché le foyer de cerner et d'atténuer les risques liés au fait de fumer sans surveillance.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la ou le DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 29 août 2025

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 – Exigences en matière de refroidissement**

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

### **Non-respect de : l'alinéa 23(4)b) 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 :

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

### **L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) La directrice générale ou le directeur général effectuera une analyse des causes fondamentales axée sur les mesures prises lors du mauvais fonctionnement du système de climatisation qui s'est produit le 4 juin 2025. Les conclusions de l'analyse des causes fondamentales et les mesures prises doivent être documentées.

Cette analyse des causes fondamentales doit :

- faire état de toutes les lacunes dans les mesures prises par le foyer lors du mauvais fonctionnement.
- décrire les mesures correctives prises pour combler les lacunes relevées.
- comprendre des recommandations et des stratégies préventives afin de voir à la prise de meilleures mesures lors d'incidents futurs.

2) La directrice générale ou le directeur général sélectionnera deux personnes résidentes qui peuvent participer à des entretiens et qui habitent dans les aires du foyer en question. Ces personnes participeront à un entretien hebdomadaire, pendant trois semaines, afin de vérifier si la température de leur chambre est maintenue à un niveau confortable.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

3) Consigner dans un dossier les renseignements suivants : le nom de la personne qui a mené les entretiens, la date et l'heure des entretiens, le nom des personnes résidentes ayant participé aux entretiens, toute préoccupation soulevée concernant la température des chambres et toute mesure prise, le cas échéant.

4) Le titulaire de permis désignera une personne chargée de former les membres de l'équipe de direction à propos du plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer, et ce, afin de veiller à ce qu'ils comprennent leurs rôles et leurs responsabilités, y compris le moment où le plan doit être mis en œuvre et ses principaux éléments.

5) Consigner dans un dossier les renseignements suivants : le matériel examiné, la date de la formation, le nom et le titre de la personne qui a donné la formation ainsi que le nom et le titre des personnes qui ont participé à celle-ci et la date à laquelle ils y ont pris part.

### **Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer soit mis en œuvre lorsque la température dans les aires du foyer, telle qu'il l'avait mesurée, a atteint 26 degrés Celsius ou plus à des dates données.

### **Justification et résumé**

Lors d'une inspection sur place pendant quatre jours consécutifs, on a constaté que la température ambiante dans le foyer était élevée. On a vu les membres du personnel et les personnes résidentes transpirer; plusieurs membres du personnel et personnes résidentes ont exprimé des inquiétudes quant à la sécurité des personnes résidentes en raison de la température dans le foyer. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a mené une enquête à ce sujet, elle ou il a été informé(e) que le système de climatisation central du foyer, qui servait l'entrée principale et deux aires du foyer, avait mal fonctionné.

L'inspectrice ou l'inspecteur a noté que deux aires du foyer, où se trouvaient

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

62 chambres à coucher de personnes résidentes, étaient touchées par ce mauvais fonctionnement.

Aux termes de la politique de surveillance de la température ambiante du foyer, si la température intérieure mesurée dans n'importe quelle aire du foyer est supérieure ou égale à 26 degrés, le foyer est tenu de mettre en œuvre le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur.

Les démarches d'observation effectuées et les entretiens avec des membres du personnel ont permis de confirmer que le foyer avait omis de mettre en œuvre le plan de prévention et de gestion des maladies liées au froid et à la chaleur pour les personnes résidentes pendant trois jours, plus particulièrement en ce qui touche les protocoles d'hydratation par temps chaud et l'entretien. Ainsi, les personnes résidentes des aires Aspen et Cedar ont été exposées à un risque accru de maladies liées à la chaleur.

**Sources :**

Plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer; entretiens.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 août 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 – Température ambiante**

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

**Non-respect de : l'alinéa 24(4)a) du Règl. de l'Ont.246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24(4) – Outre les exigences prévues au paragraphe (2), le titulaire de permis veille à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de résidents non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures :

a) tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Donner aux membres de l'équipe de direction une formation sur les politiques en cause.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

2) Former les personnes chargées de mesurer les températures, ainsi que la directrice générale ou le directeur général, sur la marche à suivre du foyer en ce qui concerne les vérifications de température requises lorsque le système de climatisation ne fonctionne pas.

3) Consigner dans un dossier les renseignements suivants : le matériel examiné, la date de la formation, le nom et le titre de la personne qui a donné la formation ainsi que le nom et le titre des personnes qui ont participé à celle-ci et la date à laquelle ils y ont pris part.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mesure et consigne par écrit une fois par jour dans l'après-midi, entre midi et 17 h, tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre, la température dans chaque chambre à coucher de personnes résidentes où le système de climatisation ne fonctionnait pas.

**Justification et résumé**

Lors de la visite de deux aires du foyer où habitaient des personnes résidentes, on a vérifié si le mauvais fonctionnement du système de climatisation touchait bel et bien tous les secteurs à cet endroit.

On a demandé au foyer de fournir des documents sur la température ambiante en réponse à des préoccupations liées à la température élevée, notamment le système de climatisation défectueux, ce qui touchait directement l'entrée principale et deux aires où habitaient des personnes résidentes.

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé qu'on lui fournisse les registres de la température mesurée dans les aires en question, où habitaient des personnes résidentes, pour des dates données. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que les registres de la température étaient remplis par un membre du personnel qui était absent pour le reste de la journée. Le membre du personnel a confirmé, lors d'un entretien, qu'il n'avait pas rempli les registres de la température demandés pour la période en question et qu'il ne savait pas que cela était obligatoire.

La directrice générale ou le directeur général a fourni à l'inspectrice ou l'inspecteur les registres de la température demandés, chacun portant la signature d'un membre distinct du personnel. Lors de l'examen des enregistrements vidéo captés par les caméras de surveillance du foyer aux dates et aux heures indiquées sur les formulaires

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

fournis par la directrice générale ou le directeur général, on n'a vu aucun membre du personnel en train de mesurer la température dans les chambres à coucher des personnes résidentes concernées par le mauvais fonctionnement du système de climatisation; d'ailleurs, ces chambres n'étaient pas dotées d'un climatiseur portatif.

Les membres du personnel dont les noms figuraient sur les registres ont précisé par la suite qu'ils n'avaient pas mesuré la température ambiante, comme on avait pu le constater sur les enregistrements vidéo. Ils ont également indiqué qu'on leur demandait de remplir les registres rétrospectivement pour les dates et les heures où l'on avait omis de mesurer la température ambiante.

L'omission de mesurer et de consigner la température ambiante dans 62 chambres à coucher de personnes résidentes dépourvues d'un climatiseur portatif a nui à l'aptitude du foyer de cerner et d'atténuer les maladies liées à la chaleur chez les personnes résidentes, là où il y avait eu lieu de le faire. Au cours de cette période, les personnes résidentes ont fait état d'une détresse et d'un inconfort importants dus à la température élevée.

**Sources :**

Registres de la température; enregistrements vidéo captés par les caméras de surveillance; entretiens avec la directrice générale ou le directeur général et des membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 août 2025**

## 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 licence 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)

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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).