

## Rapport public

<b>Date d'émission du rapport :</b> 8 décembre 2025
<b>Numéro d'inspection :</b> 2025-1139-0008
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> Iris L.P., par ses partenaires généraux, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> AgeCare Aurora, Aurora

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 25 au 28 novembre et du 1<sup>er</sup> au 5 et le 8 décembre 2025.

L'inspection concernait :

- Un signalement lié à la prévention des chutes.
- Deux signalements liés à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Un signalement lié à l'éclosion d'une maladie.

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

Entretien ménager, services de buanderie et de maintenance

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 16. de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein

respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Une personne résidente a reçu l'aide d'une ou d'un membre du personnel lors d'une activité de la vie quotidienne (AVQ), qui a utilisé une technique inappropriée pour lui prodiguer des soins. Cette mauvaise technique a provoqué un malaise chez la personne résidente.

**Sources** : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 1. de la LRSLD (2021)**

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.

1 – Une allégation d'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée par un ou une membre du personnel n'a pas été signalée immédiatement au directeur ou à la directrice, même si plusieurs membres du personnel ont été informés de l'allégation. Ce signalement tardif a retardé et compromis le processus d'enquête du foyer et a accru le risque de préjudice pour la personne résidente.

**Sources** : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, et entretiens avec des membres du personnel.

2 – Une allégation d'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée par un ou une membre du personnel n'a pas été signalée immédiatement au directeur ou à la directrice, même si un ou une membre du personnel a été informé de l'allégation. Ce signalement tardif a retardé le processus d'enquête du foyer et l'évaluation de la personne résidente en temps opportun.

**Sources** : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Autres besoins en matière de formation**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 82 (6) 2. de la LRSLD (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (6) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les mesures suivantes soient prises :

2. Les autres besoins en matière de formation repérés lors des évaluations sont comblés conformément aux exigences que prévoient les règlements.

Conformément à l'alinéa 260 (3) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, les autres besoins en matière de formation d'un ou d'une membre du personnel repérés lors de l'évaluation du titulaire de permis doivent être satisfaits de la manière que le titulaire de permis juge appropriée.

Un ou une membre du personnel a reçu une sanction disciplinaire à la suite de l'enquête menée par le foyer concernant une allégation de soins inadéquats prodigués à une personne résidente. D'après la documentation fournie à l'inspecteur ou l'inspectrice, le ou la membre du personnel n'a pas suivi en entier la formation obligatoire en raison d'un problème technique. Le directeur général ou la directrice générale (DG) a confirmé que le ou la membre du personnel devait terminer la formation pour reprendre ses fonctions.

**Sources** : dossier d'emploi et de formation concernant le ou la membre du personnel et entretiens avec des membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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).

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 (e) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, mise à jour en septembre 2023), les précautions supplémentaires pour deux personnes résidentes ne comprenaient pas d'affiches au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI étaient en place dans une section du foyer.

**Sources** : observations, dont une photographie de la chambre d'une personne résidente, Norme de PCI, avril 2022, mise à jour en septembre 2023, et entretien avec des membres du personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Services de buanderie**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents;

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

1) Le directeur général ou la directrice générale (DG) et le ou la gestionnaire des services environnementaux (GSE) devront effectuer un examen et une analyse des écarts en matière d'approvisionnement actuel du foyer en linge de maison, y compris déterminer le quota actuel de linge alloué à chaque personne résidente et à chaque section du foyer et le total pour l'ensemble du foyer. L'examen et l'analyse devront déterminer des quotas minimums pour les débarbouillettes, les serviettes à main et les serviettes de bain. Le foyer devra également déterminer des quotas de fournitures supplémentaires pour l'utilisation occasionnelle de serviettes pour chaque personne résidente et une réserve d'urgence pour chaque section du foyer. Le foyer devra établir un dossier documenté sur les quotas du foyer, comme indiqué ci-dessus, et le réexaminer régulièrement, le cas échéant.

2) À la suite de l'analyse mentionnée à la section 1, le foyer doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir qu'un nombre suffisant de serviettes sera disponible dans le foyer, en plus de prévoir des fournitures de réserve d'urgence dans chaque section du foyer.

3) Le ou la DG et le ou la GSE devront procéder à un examen et à une analyse des lacunes du processus du service de buanderie actuel afin de déterminer un processus adéquat pour le foyer qui garantisse que les heures de soins directs aux personnes résidentes ne sont pas touchées ou compromises. En fonction des résultats de l'examen et de l'analyse des lacunes, le foyer devra examiner les routines de travail des personnes désignées travaillant à la buanderie et des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), le cas échéant.

4) Conserver les documents mentionnés aux sections 1 à 3.

5) Former l'ensemble du personnel infirmier et du personnel de la buanderie aux processus mis à jour.

a) Le foyer devra établir une liste des membres du personnel tenus de suivre cette formation.  
b) Le registre de présence à la formation obligatoire doit comprendre la date d'achèvement, les noms complets et les désignations du personnel, ainsi que le nom complet et la désignation de la personne qui a dispensé la formation.

6) Le ou la GSE ou une personne désignée devra élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer qu'un nombre suffisant de débarbouillettes, de serviettes de bain et de serviettes à main propres est disponible dans chaque section du foyer en fonction des besoins individuels des personnes résidentes et des quotas déterminés à la section 1.

7) Les vérifications de la section 6 devront être effectuées quotidiennement par les équipes du soir et la fin de semaine pendant une période de quatre semaines dans toutes les sections du foyer. Le foyer est tenu de conserver une copie documentée de cette vérification, y compris les dates et les sections du foyer, la personne qui a effectué la vérification et toute mesure corrective prise lorsqu'une préoccupation est relevée.

**Motifs**

Des observations et des entretiens avec le personnel à différentes dates ont permis de déterminer une quantité insuffisante de débarbouillettes et de serviettes propres dans différentes sections du foyer. Plusieurs membres du personnel ont confirmé qu'il n'y avait pas eu d'autres approvisionnements en serviettes propres dans les sections du foyer après la livraison initiale. Un ou une membre du personnel a déclaré que certaines personnes résidentes s'étaient plaintes d'avoir froid et d'être mouillées après la douche, et qu'il ou elle n'était pas en mesure de fournir à ces personnes résidentes des serviettes supplémentaires

pour les réchauffer et assurer leur confort.

D'autres entretiens avec le personnel ont permis de déterminer que les PSSP étaient responsables de mettre à disposition des serviettes propres dans chaque section du foyer au début de leur quart de travail. En outre, les PSSP étaient responsables d'apporter le linge de maison sale à la buanderie une à deux fois au cours de leur quart de travail. Des membres du personnel ont également déclaré que cette situation a réduit le temps pour prodiguer des soins directs aux personnes résidentes, ce qui a eu une incidence sur la qualité des soins fournis à ces dernières.

Une personne employée de la buanderie a déclaré que s'il n'y a plus de serviettes propres, il est possible d'en obtenir d'autres dans la salle de rangement d'entretien ménager, mais que ces serviettes devaient être lavées avant d'être utilisées. Cette personne a également déclaré qu'à une date précise, l'ensemble des sections du foyer ne disposait pas de suffisamment de serviettes propres, et qu'à cette même date, elle n'avait pas eu le temps de laver les serviettes de la salle de rangement d'entretien ménager pour les fournir aux sections du foyer.

Le guide du service de buanderie (*Laundry Service Guidebook*) du foyer exige qu'un nombre divisé de serviettes de bain soit fourni par lit. Ces serviettes sont indivisibles et ne peuvent être séparées en plusieurs morceaux, ce qui entraîne une incohérence dans le calcul du nombre de serviettes.

Le nombre insuffisant de serviettes propres pour les personnes résidentes compromet leur dignité et leur confort.

**Sources :** observations, politique du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** 6 mars 2026.

## **RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL**

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

**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)

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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

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