

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 4 juin 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1007-0003

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Vigour Limited Partnership au nom de Vigour General Partner Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Cheltenham Community, North York

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 9, du 13 au 16, les 20, 22, 23 et du 27 au 30 mai ainsi que les 3 et 4 juin 2025

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 27 mai 2025 et le 2 juin 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00146487 – Inspection proactive de la conformité.

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Amélioration de la qualité

Normes de dotation, de formation et de soins

Droits et choix des personnes résidentes

Gestion de la douleur

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas la prise de mesures supplémentaires.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) 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 :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Une observation a révélé que les portes des salles de fournitures de soins infirmiers de trois étages n'étaient pas verrouillées, ce qui permettait l'accès aux salles. Une observation subséquente a révélé que les verrous des portes des salles de fournitures avaient été réparés et verrouillés le 13 mai 2025.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec la directrice générale.

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** le 13 mai 2025.

Problème de conformité n° 002 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer. Le 9 mai 2025, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé que la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée dans le foyer.

La politique concernant les visiteurs a été affichée dans le foyer quelques heures plus tard le 9 mai 2025.

**Sources :** Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec la directrice générale et la directrice des soins.

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** le 9 mai 2025.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (2021)**

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.

a) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente comme le précise son programme.

i) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'interventions pour la prévention des chutes, en raison d'un risque de chutes.

Il a été observé qu'aucune intervention de prévention des chutes n'était en place pour la personne résidente. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reconnu que les interventions pour la prévention des chutes n'étaient pas effectuées comme le précise le programme de soins de la personne résidente.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une IAA.

ii) Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière utilisait un appareil précis pour se déplacer et que le personnel devait surveiller cette personne, car elle avait tendance à se déplacer sans l'appareil.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

La personne résidente a été observée se déplaçant dans l'aire commune sans l'appareil. Une IAA a déclaré que la personne résidente devait utiliser l'appareil indiqué et que ce dernier n'était pas fourni tel que le précise son programme de soins.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la PSSP et l'IAA.

b) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente comme le précise le programme.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que le personnel devait fournir un niveau d'aide précis pour les repas.

La personne résidente a été observée pendant l'heure des repas et le personnel ne lui fournissait pas l'aide requise comme le précise son programme de soins.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec la PSSP.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins soit documentée.

À une date donnée, la documentation dans Point of Care (POC) indiquait qu'une personne résidente avait consommé une portion précise de son repas. Cependant, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé que la personne résidente avait consommé moins que cette portion.

Une PSSP ayant aidé la personne résidente lors de son repas a reconnu que la documentation était erronée.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur d'un service de repas, examen de la documentation dans POC de la personne résidente et entretiens avec la PSSP, la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins en matière de soins de cette

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

dernière ont évolué et que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière devait recevoir un aliment en particulier pendant le service de collation, toutefois, une observation a révélé que cet aliment ne lui avait pas été donné. Une PSSP a déclaré qu'elle n'avait pas donné l'aliment à la personne résidente en raison d'un changement dans son état. Une IAA a reconnu que le programme de soins n'avait pas été révisé et mis à jour lorsque les besoins de la personne résidente avaient évolué.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen du programme de soins de la personne résidente et entretiens avec la PSSP et l'IAA.

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

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

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée pour au moins deux chambres de personnes résidentes de différentes parties du foyer pour une période précise.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec le directeur des services environnementaux.

### **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

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

Température ambiante

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les températures devant être mesurées soient consignées pour au moins deux chambres de personnes résidentes du foyer, au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit, pour plusieurs dates d'une période précise.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec le directeur des services environnementaux.

### **AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes**

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier sur l'évaluation annuelle des programmes de gestion de la douleur et de soins de la peau et des plaies réalisée le 31 mars 2025 comprenne les dates auxquelles les modifications ont été mises en œuvre.

**Sources :** Évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur du foyer, évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies du foyer et entretiens avec la directrice des soins et le directeur adjoint des soins.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2);  
Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet  
d'une évaluation par un diététiste professionnel (Dt.P.) lorsque l'état de sa peau s'est  
dégradé.

Le Dt.P. n'a évalué une personne résidente que deux mois après la constatation  
initiale d'une plaie. La directrice des soins a reconnu qu'aucune recommandation  
d'évaluation n'avait été transmise au Dt.P.

**Sources :** Examen des dossiers de santé cliniques de la personne résidente,  
politique du foyer sur l'aiguillage vers un Dt.P. ou le directeur des services de  
diététique (*Referral to Dietitian and/or Director of Dietary Services*) et entretiens avec  
le Dt.P., l'infirmière autorisée et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir  
ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la  
douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit surveillée  
pour évaluer l'efficacité de l'antidouleur administré.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur la gestion de la douleur et des symptômes exigeait que le personnel surveille et évalue l'efficacité des antidouleurs sur le soulagement de la douleur de la personne résidente au moyen de l'échelle de la douleur dans la section des signes vitaux du système de documentation électronique.

Un examen des dossiers de santé cliniques de la personne résidente a montré que le personnel n'avait pas réalisé les évaluations de suivi de la douleur à plusieurs reprises lorsque la personne résidente ressentait de la douleur et avait reçu la médication prévue.

**Sources :** Examen des dossiers de santé cliniques de la personne résidente, politique du foyer sur la gestion de la douleur et des symptômes (*Pain and Symptom Management*) et entretien avec le directeur adjoint des soins.

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation**

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

**Non-respect : de l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les programmes de soins alimentaires comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques et les marches à suivre écrites pour la surveillance des températures des aliments soient respectées.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur les enregistrements de températures des aliments (*Food Temperature Recordings*), qui indiquait que le personnel devait prendre la température de maintien des aliments juste avant de les servir pour en assurer la salubrité.

Un service de repas a été observé à une date donnée. Le registre des températures des aliments au point de service a été examiné, et il ne comprenait pas l'enregistrement des températures pour trois aliments du service de repas. Un examen plus approfondi a mis en lumière plusieurs repas d'une période précise où les températures n'avaient pas été enregistrées avant le service de repas.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur du service de repas, examen des registres des températures des aliments au point de service, politique du foyer sur l'enregistrement des températures des aliments (*Food Temperature Recording*) et entretien avec le directeur des services de diététique.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu planifié des desserts soit offert à une personne résidente.

Lors de l'observation d'un repas, le personnel n'a pas offert de dessert à une personne résidente avant d'aider celle-ci à sortir de la salle à manger.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen du menu écrit et entretien avec la PSSP.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

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

6. Suffisamment de temps pour que chaque résident mange à son propre rythme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel donne suffisamment de temps à une personne résidente pour manger.

Une PSSP a été observée en train de donner le repas à une personne résidente dans un court laps de temps. Ainsi, la personne résidente n'a pas eu suffisamment

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

de temps pour manger son plat principal ou son dessert avant de se faire sortir de la salle à manger.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec une PSSP.

### **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un repas ne soit pas servi à une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir cette aide.

Pendant le service de repas, une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger s'est vu servir ses aliments alors qu'aucun membre du personnel n'était disponible pour l'aider pendant un certain temps. Une PSSP a reconnu qu'elle n'était pas censée servir de la nourriture à la personne résidente quand il n'y avait pas de personnel pour aider cette dernière à manger.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la PSSP, le directeur des services de diététique et la directrice des soins.

### **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (i) 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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel nettoie et désinfecte l'équipement de soins partagé des personnes résidentes après son utilisation.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur le nettoyage de l'équipement médical et destiné aux soins des personnes résidentes (*Equipment Cleaning – Resident Care & Medical*) exigeait que le personnel nettoie et désinfecte tout l'équipement partagé, y compris les lève-personnes, après chaque utilisation par les membres de l'équipe. De plus, les lève-personnes devaient être désinfectés entre chaque utilisation par les personnes résidentes.

Deux PSSP ont été observées en train d'utiliser un lève-personnes pour transférer une personne résidente. Le lève-personne n'a pas été désinfecté après son utilisation.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, politique du foyer sur le nettoyage de l'équipement médical et destiné aux soins des personnes résidentes (*Equipment Cleaning – Resident Care & Medical*) et entretiens avec la PSSP et la personne responsable de la PCI.

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

Problème de conformité n° 016 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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) délivrée par le directeur soit respectée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour effectuer l'hygiène des mains avant les repas conformément l'exigence supplémentaire du point h) de la section 10.4 de la Norme de PCI (avril 2022, révisée en septembre 2023).

Lors d'une observation d'un service de repas, il a été constaté que plusieurs personnes résidentes entrant dans la salle à manger n'ont pas été aidées ou ne sont pas fait offrir d'aide pour l'hygiène des mains avant leur repas.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; examen de la politique du foyer de soins de longue durée (SLD) relative à l'hygiène des mains; Norme de PCI, révisée en septembre 2023; entretiens avec la PSSP et la directrice des soins.

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

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'après la déclaration, à une date précise, d'une éclosion de maladie entérique confirmée, les symptômes soient consignés comme il se doit sur la liste sommaire des éclosions, pour toutes les personnes résidentes symptomatiques, y compris deux personnes résidentes.

**Sources :** Examen des notes d'évolution de deux personnes résidentes et entretien avec la personne responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 123 (2) 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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Système de gestion des médicaments**

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter les politiques et les protocoles écrits ayant été élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de s'assurer que les vérifications de l'entreposage des médicaments sont effectuées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments soient respectés. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique relative au plan de gestion des risques (*Risk Management Plan*), qui exigeait que les aires d'entreposage des médicaments soient vérifiées une fois par mois.

Les vérifications mensuelles de l'entreposage des médicaments n'ont pas été effectuées pour une période précise, ce qui a été confirmé par la directrice des soins. Par conséquent, des médicaments de quatre personnes résidentes dont l'administration avait été arrêtée et qui avaient été laissés dans le réfrigérateur n'ont pas été repérés en vue de leur retrait.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur d'une salle des médicaments, examen de la politique du foyer de SLD relative au plan de gestion des risques – soins infirmiers (*Risk Management Plan – Nursing*) et entretien avec la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite sur la gestion des médicaments soit respectée.

Plus précisément, une IAA n'a pas mis en œuvre la politique du foyer sur l'administration et l'enregistrement des médicaments – distribution des médicaments (*Medication Administration and Documentation: The Medication Pass*). La politique mentionnait que, lors de l'administration des médicaments, le personnel devait consigner dans le registre d'administration des médicaments chaque médicament administré.

Une IAA n'a pas consigné dans le registre d'administration des médicaments l'administration de médicaments de plusieurs personnes résidentes. L'IAA a reconnu que toutes les personnes résidentes avaient reçu leurs médicaments, mais qu'elle n'en avait pas consigné l'administration.

**Sources :** Examen du registre d'administration des médicaments des personnes résidentes, examen de la politique du foyer de SLD sur l'administration et l'enregistrement des médicaments – distribution des médicaments (*Medication Administration and Documentation: The Medication Pass*) et entretiens avec l'IAA et la directrice des soins.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## **AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 020 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
  - (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures connexes,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que seuls les médicaments et les fournitures connexes soient entreposés dans le chariot à médicaments.

Un chariot à médicaments qui contenait des articles qui n'étaient pas des médicaments ou des fournitures connexes a été observé. La directrice des soins a reconnu que ces articles n'auraient pas dû être entreposés dans le chariot.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 148 (1) d) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

foyer une politique écrite qui prévoit le recensement, la destruction et l'élimination continus de ce qui suit :

d) les médicaments d'un résident si, selon le cas :

(i) le prescripteur traitant du résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer sur les médicaments dont l'administration a été arrêtée telle qu'elle figure dans le système de gestion des médicaments du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques et les protocoles écrits relatifs à la destruction et à l'élimination des médicaments élaborés pour le système de gestion des médicaments soient respectés.

Le personnel autorisé n'a pas respecté la politique relative à la destruction et à l'élimination des médicaments non narcotiques et contrôlés (*Medication Destruction and Disposal – non narcotic/controlled medications*), qui exigeait que les médicaments dont l'administration a été arrêtée conformément à une ordonnance du prescripteur soient retirés de l'aire d'entreposage des médicaments.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé, dans un réfrigérateur de la salle des médicaments, des médicaments de quatre personnes résidentes dont l'administration avait été arrêtée.

La directrice des soins a reconnu que l'administration des médicaments des personnes résidentes avait été arrêtée et que les médicaments auraient dû être retirés du réfrigérateur à médicaments.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, examen des dossiers cliniques de quatre personnes résidentes, examen de la politique de CareRx sur la

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

destruction et l'élimination des médicaments – médicaments non narcotiques et contrôlés (*Medication Destruction and Disposal non narcotic/controlled medications*) et entretien avec la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 148 (1) d) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit le recensement, la destruction et l'élimination continus de ce qui suit :

d) les médicaments d'un résident si, selon le cas :

(ii) le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la *Loi sur les statistiques de l'état civil* ou du médecin traitant du résident,

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer sur les médicaments dont l'administration a été arrêtée telle qu'elle figure dans le système de gestion des médicaments du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques et les protocoles écrits relatifs à la destruction et à l'élimination des médicaments élaborés pour le système de gestion des médicaments soient respectés.

Le personnel autorisé n'a pas respecté la politique sur la destruction et l'élimination des médicaments non narcotiques et contrôlés, qui exigeait que les médicaments

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

soient retirés de l'aire d'entreposage des médicaments lorsque leur administration a été arrêtée conformément à une ordonnance du prescripteur ou en raison d'un congé obtenu par une personne résidente ou d'un décès d'une personne résidente.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé, dans le réfrigérateur de la salle des médicaments, un médicament d'une personne résidente dont l'administration a été arrêtée, malgré le fait que la personne avait obtenu un congé du foyer et soit décédée depuis.

La directrice des soins a reconnu que l'administration du médicament de la personne résidente avait été arrêtée et que le médicament aurait dû être retiré du réfrigérateur à médicaments.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur de la salle des médicaments, examen du dossier clinique de la personne résidente, examen de la politique de CareRx sur la destruction et l'élimination des médicaments non narcotiques et contrôlés (*Medication Destruction and Disposal – non narcotic/controlled medications*) et entretien avec la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 023 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 148 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

3. La destruction et l'élimination des médicaments d'une manière sûre et respectueuse de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer sur la destruction des substances non contrôlées telle qu'elle figure dans le système de gestion des médicaments du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques et les protocoles écrits relatifs à la destruction et à l'élimination des médicaments élaborés pour le système de gestion des médicaments soient respectés.

Le personnel autorisé n'a pas respecté la politique sur la gestion des médicaments narcotiques et contrôlés (*Medication-LTC-Narcotic and controlled drugs management*), qui exigeait que tous les médicaments désignés pour être éliminés soient placés dans le contenant désigné fourni par l'entreprise d'élimination de déchets médicaux.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé dans une salle de médicaments des médicaments non contrôlés destinés à être éliminés et détruits. Il y avait deux seaux blancs sur le plancher. Un grand sac en plastique transparent renfermant des plaquettes de médicaments et des sachets de médicaments d'une personne résidente se trouvait sur le dessus des seaux alors que ces emballages contenaient encore divers médicaments. Les médicaments n'étaient pas entreposés de façon sécuritaire dans le contenant désigné conformément à la politique du foyer.

La directrice des soins a reconnu que, lorsque des médicaments devaient être éliminés, le personnel devait placer ces derniers dans le contenant désigné afin d'assurer leur sécurité, et que le personnel n'avait pas respecté la procédure de destruction et d'élimination des médicaments du 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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur d'une salle des médicaments, examen de la politique de CareRx sur la destruction et l'élimination des médicaments non narcotiques et contrôlés (*Medication Destruction and Disposal – non narcotic/controlled medications*) et entretien avec la directrice des soins.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 024 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

3. Le directeur médical du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur médical du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité. Un examen de trois registres de réunions du comité a révélé que le directeur médical n'était pas présent.

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice générale.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 025 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 166 (2) 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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

5. Le diététiste agréé du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le Dt.P. du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité. Un examen de trois registres de réunions du comité a révélé que le Dt.P. n'était pas présent.

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice générale.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 026 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un pharmacien du fournisseur de services pharmaceutiques fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité. Un examen de trois registres de réunions du comité a révélé que le pharmacien n'était pas présent.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretiens avec la directrice générale et le pharmacien.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 027 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un employé du titulaire de permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice générale.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 028 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme PSSP ou pour fournir de tels services et qui satisfait aux qualités des PSSP fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice générale.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 029 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

9. Un membre du conseil des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un membre du conseil des résidents du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Examen de procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice générale.

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Température ambiante**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 030 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Température ambiante

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Élaborer et mettre en œuvre un processus écrit qui détermine la ou les mesures immédiates devant être prises lorsque la température ambiante du foyer est inférieure à 22 degrés Celsius.
- 2) Le processus élaboré doit répondre aux exigences suivantes :
  - consigner la ou les mesures prises pour résoudre le problème de basses températures
  - indiquer le nom de la personne qui a appliqué la ou les mesures
  - indiquer le résultat de la ou des mesures prises
- 3) Conserver tous les registres jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que cet ordre a été respecté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Un examen des registres des températures ambiantes du foyer d'une période précise a révélé qu'à plusieurs dates, les températures ambiantes étaient tombées

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

sous 22 degrés Celsius dans des chambres de personnes résidentes et des aires communes. À plusieurs dates, la température ambiante est descendue jusqu'à 16 degrés Celsius et aucune mesure n'a été prise pour résoudre le problème.

**Sources :** Examen des registres des températures ambiantes du foyer et entretien avec le directeur des services environnementaux.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 18 juillet 2025.**

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Directeur**

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- 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.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

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

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

**Directeur**

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

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