

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1337-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Kensington Health Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : The Kensington Gardens, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 au 31 juillet 2025, ainsi que 1^{er}, 6 au 8, 11 au 15 et 19 août 2025, de même que 15 au 17, 19, 22 et 24 septembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 18 août 2025 et 23 septembre 2025

L'inspection concernait le dossier de suivi ci-après :

- Dossier : n° 00136790 – Suivi d'un ordre de conformité (OC) en lien avec la prévention et le contrôle des infections (PCI)

L'inspection concernait les incidents critiques (IC) suivants :

- Dossiers : n° 00143777/IC n° 2852-000066-25; n° 00148436/IC n° 2852-000117-25; n° 00149998/IC n° 2852-000120-25 – Dossiers en lien avec des éclosions de maladies transmissibles
- Dossiers : n° 00144003/IC n° 2852-000072-25; n° 00146389/IC n° 2852-000088-25; n° 00146891/IC n° 2852-000093-25 – Dossiers en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Dossier : n° 00145040/IC n° 2852-000080-25 – Dossier en lien avec la gestion des médicaments et les services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Dossier : n° 00145711/IC n° 2852-000084-25 – Dossier en lien avec un décès inattendu
- Dossier : n° 00147091/IC n° 2852-000099-25 – Dossier en lien avec la 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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

L'inspection concernait la plainte suivante :

· Dossier : n° 00150207 – Dossier en lien avec plusieurs milieux de soins

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° 2024-1337-0007 en lien avec l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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'alinéa 6(9)1 de la LRSLD

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on documente la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente.

Au cours d'une période donnée, les membres du personnel ont omis de consigner dans un dossier la marche à suivre mise en œuvre auprès d'une personne résidente après un incident.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers; politique du programme de prévention et de gestion des chutes.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel respectent le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, selon lequel ils devaient mettre en œuvre une marche à suivre après la chute d'une personne résidente.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, selon la politique du foyer pour ce programme, les membres du personnel infirmier autorisé devaient mettre en œuvre une marche à suivre après

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

qu'une chute se fut produite. Une ou un IAA a reconnu que l'on avait omis de mettre en œuvre la marche à suivre.

Sources : Politique du foyer pour le programme de prévention et de gestion des chutes; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec une ou un IAA.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79(1)9 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 :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Dans le cas d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) qui est venue en aide à une personne résidente, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne la mise en œuvre de politiques et de marches à suivre concernant les soins alimentaires, les services de diététique et l'hydratation.

Plus précisément, la PSSP a omis de respecter une politique qui faisait partie du programme de soins alimentaires et d'hydratation du foyer. La politique en question indiquait aux membres du personnel comment ils devaient se positionner lorsqu'ils fournissent un certain type d'aide.

À une date donnée, la PSSP fournissait ce type d'aide à la personne résidente et a indiqué qu'elle n'avait pas adopté la position prévue par la politique.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; formulaire de vérification du foyer sur la politique concernant les services des repas et la salle à manger; entretien avec la PSSP.

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe immédiatement la directrice ou le directeur du décès inattendu d'une personne résidente. En effet, la personne résidente est décédée à la suite d'un incident, et l'on a soumis en retard le rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) correspondant. La directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a reconnu que ce rapport avait été soumis en retard.

Sources : Rapport du SIC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(3)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe la directrice ou le directeur d'un incident mettant en cause une personne résidente et lui ayant causé une blessure, laquelle a nécessité le transport de la personne résidente vers un autre établissement et a provoqué un changement important dans son état de santé, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident.

À une date donnée, la personne résidente a été transférée vers un autre établissement, où l'on a constaté un changement important dans son état de santé. Le foyer a été informé de la blessure de la personne résidente le lendemain.

Toutefois, ce n'est qu'un jour plus tard que le rapport du SIC concernant cet incident a été soumis au ministère des Soins de longue durée (MSLD). Une ou un IA a confirmé que l'incident n'avait pas été signalé à la directrice ou au directeur en temps voulu.

Sources : Rapport du SIC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IA.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(4)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(4) – S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe la directrice ou le directeur de plusieurs incidents critiques mettant en cause une personne résidente, lesquels ont entraîné des blessures et le transfert de la personne vers un autre établissement, et ce, au plus tard trois jours ouvrables après que chacun des incidents se soit produit, alors

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

que le titulaire de permis n'était pas en mesure d'établir si la blessure avait provoqué un changement important dans l'état de santé de la personne.

Le MSLD a reçu une plainte concernant la personne résidente et ses multiples incidents ayant entraîné des blessures, ainsi que la gestion de ces incidents par le foyer.

Au cours d'une année donnée, la personne résidente a connu plusieurs incidents qui ont entraîné son transfert vers un autre établissement et qui ont provoqué des changements dans son état de santé. Toutefois, lorsque l'on a informé le foyer du diagnostic de la personne résidente, celui-ci a omis de signaler les incidents critiques mettant en cause cette personne au MSLD.

Sources : Rapports du SIC; entretien avec la directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI.

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

Problème de conformité n° 007 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 6(1)c) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

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] :

1. Créer un scénario d'étude de cas à partir de cet incident, lequel comprend un examen des dossiers d'une personne résidente en particulier.
2. Examiner l'étude de cas en personne avec les diététistes agréées ou les diététistes agréés n° 136 et n° 138.
3. Lors de l'examen :
 - a. Discuter des étapes qu'une diététiste agréée ou qu'un diététiste agréé devrait suivre en réponse à l'étude de cas mentionnée à l'étape 1, y compris, mais sans s'y limiter,

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

une réflexion sur les mesures prises, les mesures qui auraient pu être prises, mais qui ne l'ont pas été, et les mesures mises en œuvre pour éviter toute récurrence, ainsi que toute autre recommandation. Consigner les résultats dans un dossier.

b. Discuter des étapes qu'une diététiste agréée ou qu'un diététiste agréé devrait suivre si elle ou il reçoit des renseignements des membres du personnel au sujet d'une marche à suivre en particulier qui inclut, sans s'y limiter, la communication avec le personnel de première ligne. Consigner les résultats dans un dossier.

4. Consigner dans un dossier les renseignements sur les discussions susmentionnées, notamment le contenu de l'étude de cas, le contenu de l'examen, l'échantillon d'un programme de soins, la date de l'examen, le nom des membres du personnel qui ont effectué l'examen et la feuille des présences signée par les membres du personnel.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à cette personne.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait son état et son objectif en lien avec une activité de la vie quotidienne (AVQ) en particulier.

(i) À une date donnée, la diététiste agréée ou le diététiste agréé n° 136 a évalué la personne résidente et a consigné dans un dossier qu'une mesure d'intervention était nécessaire pour un signe en particulier, et que la personne résidente présentait un risque d'urgence médicale en lien avec une AVQ. La diététiste agréée ou le diététiste agréé n° 136 a reconnu que le programme de soins de la personne résidente aurait dû fournir des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes pour ce facteur de risque.

(ii) À une autre date, la diététiste agréée ou le diététiste agréé n° 138 a mené des démarches d'observation auprès de la personne résidente et l'a évaluée, pendant que cette dernière effectuait une AVQ en particulier. La diététiste agréée ou le diététiste agréé n° 138 a reconnu que l'on aurait dû mettre à jour le programme de soins de la personne résidente en y ajoutant des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui aident la personne résidente à accomplir 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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

AVQ.

(iii) À une date ultérieure, une PSSP a aidé la personne résidente à accomplir une AVQ en particulier et a indiqué qu'elle n'était pas au courant de nombreux détails concernant les évaluations des diététistes agréées ou des diététistes agréés pour ce type d'aide. La PSSP a signalé le signe en particulier, qui s'est présenté pendant qu'elle aidait la personne résidente, et une ou un IAA provenant d'une agence a indiqué qu'il s'agissait d'une réaction normale pour la personne résidente. Le signe a évolué et la personne résidente a subi un changement important dans son état de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP, les diététistes agréées ou les diététistes agréés n° 136 et n° 138, l'IAA provenant d'une agence et une ou un IAA.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
10 novembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – 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

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] :

Pour l'incident mettant en cause la personne résidente dans le scénario 1 :

1. Créer un scénario d'étude de cas à partir de cet incident.
2. Examiner l'étude de cas en personne avec la superviseure ou le superviseur des services environnementaux, y compris, mais sans s'y limiter, la communication avec les membres du personnel autorisé avant d'entrer en contact avec une personne résidente, les mesures visant à prévenir toute récidive et toute autre recommandation.
3. Consigner dans un dossier les renseignements sur les discussions susmentionnées,

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

notamment le contenu de l'étude de cas, le contenu de l'examen, la date de l'examen, le nom des membres du personnel qui ont effectué l'examen et la feuille des présences signée par les membres du personnel.

Pour l'incident mettant en cause la personne résidente dans le scénario 2 :

1. Créer un scénario d'étude de cas à partir de cet incident, qui doit comprendre les signes et les symptômes d'un trouble de la santé en particulier.
2. Examiner l'étude de cas en personne avec la PSSP, y compris, mais sans s'y limiter, les positions sécuritaires pour une personne résidente qui vit potentiellement une urgence médicale, la communication avec les membres du personnel autorisé avant d'agir à l'encontre du programme de soins d'une personne résidente, les mesures visant à prévenir toute récurrence et toute autre recommandation.
3. Consigner dans un dossier les renseignements sur les discussions susmentionnées, notamment le contenu de l'étude de cas, le contenu de l'examen, la date de l'examen, le nom des membres du personnel qui ont effectué l'examen et la feuille des présences signée par les membres du personnel.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins concernant certaines AVQ prévus dans les programmes de soins de deux personnes résidentes soient fournis à celles-ci conformément à leur programme respectif.

Scénario 1) – Le programme de soins d'une personne résidente fournissait des directives précises à l'égard des membres du personnel au sujet des méthodes à utiliser pour aider la personne résidente à accomplir une AVQ en particulier.

Une superviseure ou un superviseur des services environnementaux s'est rendu(e) dans la chambre à coucher d'une personne résidente et a communiqué directement avec celle-ci pour lui demander de se déplacer d'un endroit à l'autre. Un incident s'est produit et a entraîné le transfert de la personne résidente vers un autre établissement, où l'on a constaté un changement dans son état de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la superviseure ou le superviseur des services environnementaux et les directrices adjointes ou les directeurs adjoints des soins infirmiers.

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Scénario 2) – Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'aide pour accomplir une AVQ en particulier. De même, selon une mesure d'intervention concernant les soins, il fallait que la personne résidente soit maintenue dans une certaine position pendant une durée déterminée après la fin de l'AVQ.

(i) Une PSSP a aidé la personne résidente à accomplir l'AVQ. Elle a reconnu que la personne résidente avait commencé à montrer un signe précis et a indiqué qu'elle l'avait changée de position, ce qui contrevenait au programme de soins de celle-ci.

(ii) Une PSSP a vu la personne résidente montrer le signe précis, dans une certaine position. La PSSP a expliqué à une autre PSSP que la personne résidente devait être replacée dans sa position initiale, puisqu'elle vivait une urgence médicale.

Lorsqu'on a déplacé la personne résidente alors que cela n'était pas permis à ce moment-là, on a omis de respecter son programme de soins.

Par conséquent, la personne résidente a subi un changement important dans son état de santé.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec deux PSSP et l'ancienne directrice adjointe ou l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
10 novembre 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 n° 002

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 3 300 \$, 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 :

Un avis de non-conformité a donné lieu à un ordre de conformité le 3 juin 2025 (n° 2025-1337-0003) et le 17 juin 2022 (n° 2022-1337-0001), signifié en vertu du paragraphe 6(7) de la LRSLD.

Il s'agit de la troisième 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 signification du présent avis.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 – 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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto (Ontario)

M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

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. Créer un scénario d'étude de cas à partir de cet incident de négligence.
2. Examiner l'étude de cas en personne avec l'ensemble des PSSP, des IAA et des IA qui travaillent dans une aire donnée du foyer où habitent des personnes résidentes, y compris, mais sans s'y limiter, les mesures prises par les membres du personnel visant à prévenir toute récidive, ainsi que toute autre recommandation.
3. Consigner dans un dossier les renseignements sur les discussions susmentionnées, notamment le contenu de l'étude de cas, le contenu de l'examen, la date de l'examen, les noms des membres du personnel qui ont effectué l'examen et la feuille des présences signée par les membres du personnel.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel ne fassent pas preuve de négligence à l'endroit d'une personne résidente.

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, on entend par « négligence » le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. 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'un ou de plusieurs résidents ».

Pendant qu'une PSSP l'aidait à accomplir une AVQ, une personne résidente a montré un signe précis. La situation a évolué et est devenue une urgence médicale, qui a été reconnue par l'IAA provenant d'une agence, et a entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Au cours de cet incident, plusieurs membres du personnel ont omis de fournir 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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

et de l'aide à la personne résidente, ce qui a compromis sa santé et sa sécurité.

La directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI a indiqué que l'on s'attendait à ce que l'IAA provenant d'une agence réagisse à l'incident en mettant en œuvre des marches à suivre précises ou encore en appelant le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien. Toutefois, l'IAA provenant d'une agence a omis de le faire. L'omission de prendre des mesures a entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec une PSSP, l'IAA provenant d'une agence, l'ancienne directrice adjointe ou l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers et la directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
10 novembre 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° 003

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 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.

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Historique de la conformité :

Un avis de non-conformité a donné lieu à un ordre de conformité (n° 2024-1337-0004) le 19 juillet 2024, signifié 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 signification du présent avis.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 – Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : sous-alinéa 268(4)1vi du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268(4) – Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
 - vi. les urgences médicales.

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] :

1. Élaborer une analyse approfondie de la réponse du foyer à cette urgence médicale mettant en cause une personne résidente. Cette analyse doit comprendre :
 - a. Les mesures prises par les membres du personnel pour répondre à l'urgence.
 - b. Les mesures qui auraient pu être prises pour répondre à l'urgence.

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

- c. La façon dont la marche à suivre en place du foyer a influencé la réponse à cette urgence médicale.
2. À la suite de cet examen, élaborer et mettre en œuvre un plan de mesures d'urgence ou une marche à suivre pour répondre aux urgences médicales de ce type.
 3. Le plan de mesures d'urgence ou la marche à suivre en cas d'urgence doit comprendre une hiérarchie claire, un plan de communication ainsi que les rôles et les responsabilités spécifiques des membres du personnel pour ce qui est de répondre à une urgence médicale.
 4. Le plan ou la marche à suivre doit prévoir l'accès des membres du personnel aux fournitures et à l'équipement essentiels pour réagir à une urgence.
 5. Établir un calendrier de formation qui garantira que tous les membres du personnel de première ligne (PSSP, IAA, IA) recevront une formation à propos du plan de mesures d'urgence médicale du foyer, à une date donnée.
 6. Consigner dans un dossier les renseignements concernant les étapes 1 à 5, puis conserver ce dossier jusqu'à ce qu'on estime que le titulaire de permis s'est conformé à cet ordre de conformité.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les plans de mesures d'urgence prévus pour faire face aux situations d'urgence, notamment les urgences médicales, soient en place lorsqu'une personne résidente a subi un changement dans son état de santé.

Aux termes du paragraphe 268(15) du Règl. de l'Ont. 246/22, une « situation d'urgence » s'entend d'une « situation ou condition urgente ou pressante qui présente une menace imminente pour la santé ou le bien-être des résidents et des autres personnes se trouvant au foyer et qui nécessite la prise de mesures immédiates pour assurer la sécurité des personnes au foyer. »

Pendant qu'une PSSP l'aidait à accomplir une AVQ, une personne résidente a commencé à montrer un signe précis. La PSSP a signalé le signe en particulier à l'IAA provenant d'une agence, laquelle a répondu que le signe en particulier était normal pour la personne résidente.

La personne résidente a continué à montrer le signe en particulier. L'IAA provenant d'une agence a évalué la personne résidente et a appelé les services médicaux

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

d'urgence pour ce qu'elle pensait être un type particulier d'urgence médicale. Pendant qu'elle attendait les services médicaux d'urgence, l'IAA provenant d'une agence n'a pas pris de mesures d'intervention afin d'aider la personne résidente. En outre, elle n'a pas essayé de trouver un type de machine dans une autre aire du foyer où habitent des personnes résidentes afin de mettre en œuvre une autre mesure d'intervention et elle n'a pas demandé l'aide d'un membre du personnel médical ayant plus d'expérience.

La directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI a reconnu que le foyer ne disposait pas, pour ce type d'urgence médicale, d'une marche à suivre ou d'un plan de mesures d'urgence écrit en cas d'urgence médicale qui définirait les rôles et les responsabilités des membres du personnel dans une telle situation.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec une PSSP, l'IAA provenant d'une agence, l'ancienne directrice adjointe ou l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers et la directrice ou le directeur de la pratique professionnelle/la personne responsable de la PCI.

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

10 novembre 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^e étage
Toronto (Ontario)
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 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Si la signification se fait :

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

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

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

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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^e étage
Toronto (Ontario)
M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : 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.