

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 24 février 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1057-0002

**Type d'inspection :**

Plainte

Suivi

**Titulaire de permis :** Norwood Nursing Home Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Norwood Nursing Home, Toronto

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 27 au 29 janvier 2026, ainsi que 2 au 6, 9 au 13 et 24 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 30 janvier 2026, ainsi que 9, 12, 13, 17 au 20 et 23 février 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00168239 – Signalement en lien avec une plainte concernant de nombreux problèmes.
- Signalement : n° 00169828 – Signalement en lien avec le suivi d'un ordre de conformité immédiate concernant la température ambiante.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 901 de l'inspection n° 2026-1057-0002 en lien avec le paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Rapports et plaintes

Activités récréatives et sociales

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### ORDRE DE CONFORMITÉ IMMÉDIATE (OCI n° 901) –

#### Température ambiante

##### Problème de conformité n° 001 – Ordre de conformité immédiate (OCI)

Émis le 5 février 2026, en lien avec le 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.

Lors de cette inspection, on a constaté que le titulaire de permis s'était conformé à cet ordre de conformité immédiate.

Date d'atteinte de la conformité : 18 février 2026.

### AVIS ÉCRIT : Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

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

#### Non-respect de : l'alinéa 98 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Paragraphe 98 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que le responsable désigné possède les compétences, les connaissances et de l'expérience pour occuper son poste, notamment :

a) une connaissance des pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, des pratiques couramment admises en matière d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien, selon le cas.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne responsable désignée s'occupe de l'entretien du foyer, conformément aux pratiques couramment admises et

aux pratiques fondées sur des données probantes.

En effet, selon les pratiques exemplaires pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) sur les murs, les planchers et l'ameublement, on doit éviter d'utiliser des tissus et des plastiques poreux, comme le polyuréthane et le polypropylène, sur ces surfaces. De plus, ces surfaces doivent être sans joints, non poreuses et lisses, car les joints et les surfaces poreuses abritent des micro-organismes qui sont difficiles à nettoyer et à désinfecter et qui augmentent la transmission des infections. Toutefois, il y avait du ruban adhésif sur les sols en vinyle, et les portes-fenêtres et les fenêtres des vérandas étaient recouvertes de plastique, qui servait d'isolant contre l'air froid. En outre, dans l'ensemble du foyer, on a constaté que les murs avaient des trous, et que l'on pouvait voir des cloisons sèches et des plaques métalliques, de même que du plâtre non peint et des éraflures. Les placards des personnes résidentes étaient déformés, ébréchés et fissurés, et leur placage s'écaillait, exposant ainsi le bois non fini.

En couvrant les portes-fenêtres de plastique, on nuisait à la ventilation naturelle qui permettait d'éliminer l'air stagnant, ce qui était nécessaire pour la prévention et le contrôle des infections, on bloquait la lumière naturelle et l'on introduisait un risque de trébuchement pour les personnes résidentes. Les cadres des portes-fenêtres n'étaient pas bien isolés; c'est pourquoi on a eu recours à cette pratique.

**Sources** : Démarches d'observation; examen des *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé*, 3<sup>e</sup> édition (1<sup>re</sup> révision : novembre 2025) du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses; examen de *Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée – Résumé des principes de base et pratiques exemplaires* de Santé publique Ontario (Guide; décembre 2020); entretiens avec des membres de la direction.

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

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

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

a) Lors de plusieurs démarches d'observation, on a constaté que l'on avait omis de verrouiller la porte de la salle de bain. En outre, on pouvait voir des produits pour le toilettage à l'intérieur. Lors d'autres démarches d'observation effectuées le même jour, on a constaté que la porte de la salle de rangement des draps propres n'était pas toujours fermée. Un membre du personnel autorisé a reconnu que l'on avait omis de verrouiller la porte de la salle de bain et de fermer la porte de la salle de rangement des draps propres. L'omission de verrouiller ces portes a augmenté le risque de subir un préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec des membres du personnel autorisé.

b) Lors de plusieurs démarches d'observation, on a constaté que l'on avait omis de verrouiller la porte de la salle de bain. Une ou un gestionnaire a confirmé que l'on devait garder la porte de la salle de bain fermée et verrouillée.

Lors d'autres démarches d'observation, on a vu que la porte de la salle de rangement des draps propres n'était pas verrouillée, et que la clé se trouvait à la portée de toute personne qui passait par là. Un membre du personnel autorisé a confirmé que l'on devait veiller à ce que la porte soit verrouillée et à ce que la clé ne soit pas aussi aisément accessible. Toutefois, il a mentionné que, parfois, pendant le quart de nuit, les membres du personnel laissaient la porte ouverte.

**Sources** : Démarches d'observation; entretiens avec des membres de la direction et du personnel autorisé.

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 24 (2) 1 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.

Lors d'un examen du registre de la température du foyer, on a constaté qu'il manquait plusieurs mesures de la température pour au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes au cours d'une période donnée. Deux membres du personnel autorisé et une ou un gestionnaire ont reconnu que les membres du personnel avaient omis de mesurer et de consigner la température dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différents secteurs du foyer durant cette période.

**Sources** : Registre de la température; entretiens avec des membres du personnel autorisé et une ou un gestionnaire.

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

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 24 (2) 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 :

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.

Lors d'un examen du registre de la température du foyer, on a constaté qu'il manquait plusieurs mesures de la température pour le salon au cours d'une période donnée. Deux membres du personnel autorisé et une ou un gestionnaire ont reconnu que les membres du personnel avaient omis de mesurer et de consigner la température dans le salon durant cette période.

**Sources** : Registre de la température; entretiens avec des membres du personnel autorisé et une ou un gestionnaire.

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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.

Lors d'un examen du registre de la température du foyer, on a constaté que l'on avait omis de mesurer et de consigner la température aux trois moments requis au cours d'une période donnée.

Deux membres du personnel autorisé et une ou un gestionnaire ont reconnu qu'au cours d'une période donnée, les membres du personnel avaient omis de mesurer et de consigner la température au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre midi et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

**Sources :** Registre de la température; entretiens avec des membres de la direction et du personnel autorisé.

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : la disposition 29 (3) 16 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

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

16. Ses activités courantes et ses intérêts.

On a omis de veiller à ce que les programmes de soins de trois personnes résidentes soient fondés sur des évaluations interdisciplinaires de leurs activités courantes et de leurs intérêts. En effet, un membre du personnel responsable des activités récréatives

et une ou un gestionnaire ont tous deux reconnu qu'il n'y avait pas de renseignements à ce sujet dans les programmes de soins de ces personnes résidentes.

**Sources** : Dossiers cliniques de trois personnes résidentes; politique concernant la planification des activités récréatives (n° REC-III-01; Recreation Planning Policy; date d'entrée en vigueur : 23 septembre 2025); entretiens avec des membres de la direction.

### **AVIS ÉCRIT : Programme d'activités récréatives et sociales**

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 71 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme d'activités récréatives et sociales

Paragraphe 71 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

c) des activités récréatives et sociales avec une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et dont la fréquence et le type bénéficient à tous les résidents et tiennent compte de leurs intérêts.

Lors d'un examen du calendrier des activités du foyer pour la période allant de novembre 2025 à février 2026, on a constaté qu'aucune activité récréative en plein air n'était prévue pour les personnes résidentes. Des membres du personnel responsable des activités récréatives et une ou un gestionnaire ont indiqué que le foyer offrait une activité de plein air aux personnes résidentes depuis 2023.

**Sources** : Entretiens avec des membres du personnel responsable des activités récréatives et une ou un gestionnaire.

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

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) a) (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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

Dans la chambre à coucher d'une personne résidente, deux murs étaient visiblement souillés par des éclaboussures et des traces. Une ou un gestionnaire a indiqué que selon la routine de travail de l'aide-ménagère ou l'aide-ménager, celle-ci ou celui-ci devait vérifier quotidiennement les murs des personnes résidentes et les nettoyer, au besoin.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec une ou un gestionnaire.

## **AVIS ÉCRIT : Directeur des soins infirmiers et des soins personnels**

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 250 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

Paragraphe 250 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel le nombre d'heures indiqué ci-dessous :

4. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 39, mais de moins de 65 lits, au moins 24 heures par semaine.

On a constaté que l'administratrice ou l'administrateur/la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ne travaillait pas au foyer comme DSI au moins 24 heures par semaine, alors que cela était pourtant requis.

**Sources** : Entretien avec l'administratrice ou l'administrateur/la ou le DSI.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Foyer : milieu sûr et sécuritaire**

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

**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 (2021)] :**

- a. Retirer le lit endommagé de la chambre à coucher d'une personne résidente.
- b. Veiller à ce que le lit de la personne résidente et ses effets personnels restent dans l'espace qui lui est réservé.
- c. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant de surveiller l'évolution et l'achèvement des demandes de réparation concernant le foyer, l'ameublement et l'équipement.
- d. Offrir une formation sur cette marche à suivre à tous les membres de la direction et du personnel d'entretien.
- e. Consigner dans un dossier les renseignements sur la marche à suivre en question, notamment le nom de la ou des personnes qui l'ont élaborée, le nom de la ou des personnes qui ont suivi la formation sur celle-ci, ainsi que le contenu de la formation et le nom de la ou des personnes qui l'ont animée.

**Motifs**

a. Lors de démarches d'observation dans la chambre à coucher d'une personne résidente, on a constaté qu'il y avait un lit endommagé et une affiche indiquant que l'on ne devait pas l'utiliser. Ce lit endommagé se trouvait dans une zone de la chambre à coucher où les effets personnels de la personne résidente étaient entreposés. Un membre du personnel a indiqué que le lit de la personne résidente avait été endommagé et que l'on avait déplacé la personne vers un autre lit, dans un endroit différent.

Une ou un gestionnaire a confirmé que le lit était bel et bien endommagé. De plus, elle ou il a affirmé que la personne résidente aurait dû rester à son emplacement d'origine et que l'on aurait dû remplacer le lit, mais que l'on a omis de le faire. Par conséquent, ce dernier est resté dans la chambre à coucher de la personne résidente.

L'omission de retirer le lit de la chambre à coucher de la personne résidente a entraîné un risque pour les personnes résidentes, puisque le lit n'était pas sécuritaire. En outre, le fait de déplacer la personne résidente hors de son espace pouvait nuire à sa qualité

de vie.

**Sources** : Démarches d'observation; entretiens avec un membre du personnel et une ou un gestionnaire.

b. Selon le registre des réparations, l'une des pièces du lit de la personne résidente était brisée. Toutefois, un membre du personnel autorisé a indiqué qu'il ignorait que le lit était endommagé et a ajouté que l'on aurait dû remplacer le lit ou le réparer. Le membre du personnel autorisé a confirmé par la suite que lorsque l'on manipulait le lit endommagé, celui-ci se mettait à osciller.

Le fait d'utiliser un lit endommagé a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

**Sources** : Examen du registre des réparations; entretiens avec un membre du personnel autorisé et une ou un gestionnaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 mars 2026.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Routines au coucher et au moment du repos**

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 45 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Routines au coucher et au moment du repos

Article 45 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

**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 (2021)] :**

a. Effectuer des évaluations auprès de toutes les personnes résidentes, afin d'établir leurs habitudes de sommeil et de repos, et consigner les résultats de ces évaluations dans leurs dossiers. En ce qui concerne les personnes résidentes qui ne sont pas en mesure de communiquer leurs préférences, le foyer doit communiquer avec leur mandataire spéciale ou leur mandataire spécial ou la personne titulaire d'une

procuration à leur endroit, afin que celle-ci ou celui-ci lui fasse part des préférences de la personne résidente qu'elle ou il représente.

b. Veiller à ce que toutes les préférences en matière de sommeil des personnes résidentes soient indiquées dans leur programme de soins.

c. Réorganiser les routines de travail des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) en tenant compte des préférences en matière de sommeil des personnes résidentes, notamment en ce qui concerne les tâches des PSSP et les soins du matin. Consigner dans un dossier les changements apportés aux routines de travail, le nom de la ou des personnes qui ont contribué à leur réorganisation et les dates auxquelles les changements ont été mis en œuvre.

d. Offrir une formation d'appoint à toutes les PSSP sur leurs nouvelles routines de travail. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, notamment le contenu et le nom de la ou des personnes qui ont suivi la formation.

## **Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les routines au moment du repos de plusieurs personnes résidentes soient individualisées afin de promouvoir leur confort, leur repos et leur sommeil. Plus précisément, les membres du personnel du quart de nuit devaient fournir les soins du matin à plusieurs personnes résidentes.

En effet, selon les routines de travail des PSSP, à une heure donnée, celles-ci devaient commencer à préparer les personnes résidentes dont elles étaient responsables pour la journée. La routine de travail précisait également que l'on devait aider les personnes résidentes à prendre leur bain, à s'habiller et à faire leur toilette. Toutefois, une ou un gestionnaire a confirmé que l'on avait omis de faire part de cette routine aux mandataires spéciales et aux mandataires spéciaux de plusieurs personnes résidentes. Elle ou il a également reconnu que l'on offrait les soins du matin aux personnes résidentes lors du quart de nuit en raison de la charge de travail et non des préférences de ces personnes.

Selon les routines de travail, les membres du personnel du quart de nuit devaient fournir les soins du matin à plusieurs personnes résidentes. En outre, on a constaté que parmi tous les programmes de soins des personnes résidentes, aucun d'entre eux ne précisait les préférences en matière de sommeil de la personne concernée.

Lors de démarches d'observation durant le quart de nuit, on a constaté que l'on fournissait les soins aux personnes résidentes avant l'heure prévue dans les routines

de travail des PSSP.

Une personne résidente a confirmé qu'on la réveillait tôt pour lui fournir des soins, alors qu'elle préférerait pourtant dormir plus tard. Celle-ci a également confirmé qu'à certains moments lors du déjeuner et du dîner, elle était trop fatiguée parce qu'on l'avait réveillée tôt.

Puisque le foyer a donné la priorité à la charge de travail, il a omis d'individualiser les routines au moment du repos des personnes résidentes, afin de favoriser le confort, le repos et le sommeil, et de donner la priorité aux préférences en matière de sommeil de ces personnes, ce qui a augmenté le risque de préjudice pour celles-ci, en plus d'entraîner d'autres conséquences.

**Sources** : Démarches d'observation; examen des routines de travail des PSSP; programmes de soins des personnes résidentes; entretiens avec une ou un gestionnaire et une personne résidente.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 31 mars 2026.

**Cet ordre de conformité représente également un avis écrit et il est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Services d'hébergement**

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)**

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :**

**Préparer, présenter et mettre en œuvre un plan pour voir au respect de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021) [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :**

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter : Une stratégie de réparation ou de remplacement pour remédier aux problèmes d'entretien concernant

les murs, les planchers, l'ameublement et l'équipement du foyer. La stratégie doit prévoir ce qui suit :

- a) la mise en place d'un couvercle approprié approuvé pour les plinthes chauffantes, afin de couvrir l'élément chauffant exposé dans la chambre à coucher d'une personne résidente.
- b) la réparation des garde-robes des personnes résidentes dans plusieurs chambres à coucher.
- c) une vérification de tous les garde-robes des personnes résidentes, afin de recenser les garde-robes supplémentaires qui doivent être réparés ou remplacés.
- d) le remplacement de la table de chevet dans la chambre à coucher d'une personne résidente.
- e) une vérification de toutes les tables de chevet des personnes résidentes, afin de recenser celles qui ne sont pas en bon état.
- f) la consignation, dans les dossiers, des renseignements sur chaque vérification effectuée suivant les étapes c) et e), notamment le titre de la vérification, la ou les dates auxquelles elle a eu lieu, le nom et le titre de la ou des personnes qui l'ont effectuée, le nom de la ou des personnes résidentes concernées, les chambres concernées, les résultats et les mesures correctives prises, s'il y a lieu.
- g) l'acquisition et l'installation de produit(s) ou de solution(s) de rechange pour réparer le revêtement de sol en vinyle endommagé et qui se soulève dans tous les secteurs du foyer, afin d'éliminer l'utilisation de ruban adhésif sur les planchers. Le ou les produits acquis ou la ou les solutions doivent être conformes aux pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses.
- h) une vérification du revêtement de sol en vinyle dans tous les secteurs du foyer (y compris dans les chambres à coucher des personnes résidentes, les aires communes et les couloirs), afin de recenser les endroits où le faux plancher est exposé, où le vinyle s'est soulevé, où il y a des fissures et où d'autres zones sont endommagées et doivent être réparées.
- i) la consignation, dans les dossiers, des renseignements sur la vérification effectuée suivant l'étape h), notamment le titre de la vérification, la ou les dates auxquelles elle a eu lieu, le nom et le titre de la ou des personnes qui l'ont effectuée, les chambres et le ou les secteurs du foyer concernés, les résultats et les mesures correctives prises, s'il y a lieu.
- j) la réparation du revêtement de sol en vinyle dans plusieurs chambres à coucher de personnes résidentes et dans d'autres secteurs du foyer, en fonction des résultats de la vérification des planchers.
- k) une vérification de tous les murs et de toutes les mains courantes dans les aires où habitent des personnes résidentes, afin de recenser les endroits où il y a des trous, des

fissures, des éraflures, des rayures, du plâtre non peint, des cloisons sèches exposées et des plaques métalliques sur les coins des murs, ainsi que les endroits nécessitant de la peinture ou de la teinture.

l) la consignation, dans les dossiers, des renseignements sur la vérification, notamment le titre de la vérification, la ou les dates auxquelles elle a eu lieu, le nom et le titre de la ou des personnes qui l'ont effectuée, les chambres et le ou les secteurs du foyer concernés, les résultats et les mesures correctives prises, s'il y a lieu.

m) la réparation des murs dans les couloirs, les salons, les vérandas et les chambres à coucher des personnes résidentes dans les aires où habitent des personnes résidentes et dans d'autres secteurs, selon les résultats de la vérification.

n) la réparation des mains courantes dans les aires où habitent des personnes résidentes. Consigner dans un dossier la ou les dates auxquelles les travaux ont été effectués et le nom de la ou des personnes qui les ont accomplis.

o) un échéancier précisant la date à laquelle les éléments susmentionnés doivent être réparés ou remplacés, les mesures à prendre, la ou les dates de début et de fin des travaux, ainsi que le nom de la personne ou de l'entrepreneur qui doit effectuer les travaux.

p) la consignation, dans les dossiers, des renseignements sur tous les travaux d'entretien demandés et les ordres de travail et sur toutes les factures pour les travaux effectués.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2026-1057-0002 à l'inspectrice concernée ou à l'inspecteur concerné des foyers de soins de longue durée, par courriel, d'ici le 13 mars 2026.

Veillez vous assurer que le plan écrit ainsi présenté ne contient pas de renseignements personnels ni de renseignements personnels sur la santé.

## **Motifs**

Lors de trois démarches d'observation différentes, on a constaté que l'on avait omis de veiller à ce que le foyer, l'ameublement et l'équipement soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Plus précisément, on a constaté ce qui suit :

- Dans le salon/la véranda d'une aire où habitent des personnes résidentes, le revêtement en plastique des portes-fenêtres était déchiré et le plastique pendait sur le sol, ce qui représentait un risque de trébuchement pour les personnes résidentes.
- Dans trois chambres à coucher de personnes résidentes, une zone de la plinthe chauffante était dépourvue de couvercle. Par conséquent, les éléments chauffants

étaient exposés. De plus, il y avait trois grands trous dans le plateau de la table de chevet qui exposaient le panneau de particules et un trou dans le mur, à partir duquel on pouvait voir un câble de télévision.

- Dans plusieurs chambres à coucher de personnes résidentes, les garde-robes étaient déformés et le placage s'écaillait.

- Dans l'ensemble du foyer, les murs des couloirs, des aires communes et des chambres à coucher des personnes résidentes présentaient des éraflures et des rayures. Il y avait également des zones plâtrées non peintes, des trous et des cloisons sèches apparentes. De même, on a vu des plaques métalliques sur les coins des murs dans les couloirs, les salons et les vérandas des aires où habitent des personnes résidentes, ainsi que dans de nombreuses chambres à coucher de personnes résidentes.

- Dans les aires où habitent des personnes résidentes, les mains courantes étaient rayées et l'on avait omis de peindre les endroits réparés.

- Dans les chambres à coucher de personnes résidentes, les salons et les vérandas des aires où habitent des personnes résidentes, on avait utilisé du ruban adhésif aux seuils des portes afin d'empêcher le revêtement de sol en vinyle de se soulever. Le ruban adhésif était déchiré et se décollait.

- Dans plusieurs chambres à coucher de personnes résidentes, le revêtement de sol en vinyle était endommagé. En effet, il présentait des fissures et des trous, et il se soulevait à certains endroits, où l'on pouvait voir le faux plancher.

Une ou un gestionnaire a reconnu que l'on avait omis de maintenir le foyer en bon état.

L'omission, par le titulaire de permis, de veiller à ce que le foyer, l'ameublement et l'équipement soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état a augmenté le risque d'infections, d'accidents, de blessures, de chutes et de mauvaise qualité de vie pour les personnes résidentes, en plus de nuire à leur bien-être mental et physique.

**Sources** : Démarches d'observation; entretiens avec une ou un gestionnaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 10 juillet 2026.**

**Cet ordre de conformité représente également un avis écrit et il est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 – Ameublement**

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 15 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Ameublement

Paragraphe 15 (2) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

e) un fauteuil confortable est prévu dans la chambre à coucher de chaque résident ou le résident qui le souhaite peut s'en procurer un s'il le désire.

**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 (2021)] :**

a) Veiller à ce que l'on fournisse un fauteuil confortable dans la chambre à coucher de chaque personne résidente, à moins que cette dernière préfère apporter son propre fauteuil au foyer.

b) Consigner dans un dossier une liste de toutes les personnes résidentes et indiquer si le foyer leur a fourni un fauteuil confortable ou si elles ont choisi d'apporter leur propre fauteuil au foyer.

c) Consigner dans un dossier une liste de toutes les personnes résidentes qui refusent l'offre d'un fauteuil confortable, notamment la date à laquelle on a discuté à ce propos avec la personne résidente concernée/sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial.

**Motifs**

Lors de démarches d'observation, on a constaté qu'il n'y avait pas de fauteuils dans plusieurs chambres à coucher de personnes résidentes, dans différents secteurs du foyer. Une ou un gestionnaire a confirmé que le foyer ne fournissait pas de fauteuils dans les chambres à coucher des personnes résidentes; ainsi, il n'y avait aucun fauteuil dans les chambres, à moins que des membres de la famille de la personne concernée en fournissent un. Une ou un autre gestionnaire a confirmé que les fauteuils confortables ne faisaient pas partie des meubles fournis dans les chambres à coucher des personnes résidentes. En revanche, plusieurs personnes résidentes ont affirmé qu'elles aimeraient avoir des fauteuils dans leur chambre.

L'omission, par le foyer, de fournir des fauteuils dans les chambres à coucher des personnes résidentes a nui à la qualité de vie de ces personnes.

**Sources :** Démarches d'observation; entretiens avec des personnes résidentes et des

gestionnaires.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 11 mai 2026.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 – Programme d'activités récréatives et sociales**

Problème de conformité n° 015 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 71 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme d'activités récréatives et sociales

Paragraphe 71 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

b) l'élaboration, la mise en œuvre et la communication aux résidents et aux familles d'un horaire pour les activités récréatives et sociales offertes pendant la journée, les soirs et les fins de semaine.

**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 (2021)] :**

- a) Mettre en place un programme d'activités récréatives et sociales de soir pour les personnes résidentes.
- b) Élaborer le programme d'activités récréatives et sociales selon les préférences et les intérêts exprimés par les personnes résidentes. En ce qui concerne les personnes résidentes qui ne sont pas en mesure de communiquer leurs préférences, le foyer doit communiquer avec leur mandataire spéciale ou leur mandataire spécial ou la personne titulaire d'une procuration à leur endroit, afin que celle-ci ou celui-ci lui fasse part des préférences de la personne résidente qu'elle ou il représente.
- c) Consigner dans un dossier les renseignements sur les évaluations du programme d'activités récréatives et sociales, notamment le nom des personnes qui les ont effectuées, la date et l'heure auxquelles elles ont eu lieu, ainsi que toutes les mesures correctives prises, s'il y a lieu.

### **Motifs**

On a constaté que le foyer n'offrait pas d'activités récréatives et sociales de soir à des

personnes résidentes d'un secteur donné. En effet, selon les calendriers des activités récréatives pour les quatre mois précédents (novembre 2025 à février 2026), il n'y avait aucune activité récréative ou sociale prévue après 15 h. Un membre du personnel autorisé, un membre du personnel responsable des activités récréatives et une ou un gestionnaire ont confirmé que le foyer n'offrait pas d'activités récréatives et sociales aux personnes résidentes durant la soirée. La dernière activité récréative et sociale offerte aux personnes résidentes durant la soirée a eu lieu en septembre 2023.

L'omission, par le foyer, d'offrir des activités récréatives et sociales en soirée a augmenté le risque d'isolement social et de détérioration de la santé mentale chez les personnes résidentes.

**Sources :** Démarches d'observation; calendriers des activités récréatives pour septembre 2023, novembre et décembre 2025, ainsi que janvier et février 2026; rapport de fin de quart de travail des membres du personnel responsable des activités pour 2023; entretiens avec un membre du personnel autorisé, un membre du personnel responsable des activités récréatives et une ou un gestionnaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :** 31 mars 2026.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 006 – Services d'entretien**

Problème de conformité n° 016 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

**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 (2021)] :**

a) Élaborer, tenir à jour et mettre en œuvre des politiques, des marches à suivre et des calendriers écrits pour l'entretien périodique, préventif et correctif de toutes les portes et laveuses et de tout l'équipement de chauffage, de ventilation et de climatisation du

foyer. Il faut notamment prévoir la fréquence de l'entretien préventif et indiquer le nom de la personne responsable de sa réalisation.

b) Veiller à ce que l'on effectue des vérifications à la fréquence requise et à ce que l'on prenne les mesures correctives appropriées conformément à la marche à suivre pour l'entretien.

c) Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification et mesure corrective, notamment la date et le nom de la personne qui a effectué le travail.

d) Offrir une formation d'appoint sur la politique du foyer concernant la température ambiante à tous les membres du personnel autorisé et du personnel d'entretien. Cette formation doit porter sur la réaction aux préoccupations et aux températures situées hors de la fourchette acceptable, la méthode pour mesurer et consigner la température ambiante, conformément à la politique du foyer pour la surveillance de la température ambiante (Air Temperature Monitoring), la mise en œuvre de mesures correctives lorsque la température se situe hors de la fourchette acceptable, de même que la consignation des renseignements à ce sujet et le signalement de l'équipement défectueux aux membres compétents du personnel d'entretien.

e) Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, notamment la ou les dates auxquelles elle a été offerte, ainsi que le nom, le titre et la signature des personnes qui ont suivi la formation.

## **Motifs**

a) On a constaté que l'une des laveuses du foyer ne fonctionnait pas. Selon la marche à suivre du foyer pour l'entretien préventif (Preventative Maintenance Procedure), on doit faire l'entretien des laveuses chaque trimestre. Toutefois, une ou un gestionnaire a reconnu que l'on avait omis de faire l'entretien nécessaire chaque trimestre. En raison de ces lacunes quant à l'entretien, un membre du personnel n'a pas pu nettoyer du linge (laver et sécher) à une date donnée.

**Sources** : Démarches d'observation dans la buanderie et auprès d'un membre du personnel; marche à suivre pour l'entretien préventif (Preventive Maintenance Procedure; 2 juillet 2024); entretien avec une ou un gestionnaire.

b) Un membre du personnel autorisé d'un secteur en particulier a envoyé un courriel à une ou un gestionnaire et à l'administratrice ou l'administrateur, afin de les informer que la température dans le salon de ce secteur était inférieure à 22 degrés Celsius (°C). Par la suite, la ou le gestionnaire a fourni des radiateurs électriques portatifs. Toutefois, ce n'est que plusieurs semaines plus tard que l'on a communiqué avec l'entrepreneur

externe agréé en système de chauffage, de ventilation et de climatisation pour lui demander de venir vérifier ou réparer le système de chauffage. En outre, malgré les radiateurs électriques portatifs, selon le registre de la température ambiante pour cette pièce, la température est tout de même descendue jusqu'à 5 °C pendant plusieurs jours, et ce, lors de plusieurs mois. Une ou un gestionnaire a indiqué que l'on avait omis d'examiner le registre de la température ou d'évaluer la situation pour déterminer si les radiateurs électriques portatifs pouvaient maintenir une température minimale de 22 °C.

Durant des démarches d'observation, on a vu une personne résidente s'approcher du salon. Toutefois, un membre du personnel autorisé lui a dit qu'elle ne pouvait pas y aller, car la pièce était froide. Lors de plusieurs autres démarches d'observation, on a vu que les portes-fenêtres de cette pièce étaient recouvertes de plastique. Une ou un gestionnaire a indiqué que le foyer couvrait les portes-fenêtres ainsi depuis plusieurs années, afin d'empêcher l'air froid d'entrer dans le bâtiment. Elle ou il a également reconnu que l'on adoptait cette mesure parce que les portes-fenêtres n'étaient pas bien isolées.

Puisque la température du salon était si basse qu'il y a même fait 5 °C durant plusieurs jours, cela a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes. En effet, le salon n'était plus sécuritaire et celles-ci ne pouvaient même pas s'y rendre tellement il y faisait froid.

**Sources** : Démarches d'observation; courriels; registre de la température; politique du foyer concernant la température ambiante (n° NUM-II-17; Facility Air Temperature Policy; date de la dernière révision : 6 février 2025); entretiens avec un membre du personnel autorisé et une ou un gestionnaire.

c) Lors de plusieurs démarches d'observation, on a constaté que les murs dans les aires communes, les couloirs et les chambres à coucher des personnes résidentes présentaient des éraflures et des rayures, et que l'on pouvait même apercevoir des cloisons sèches, des plaques métalliques, du plâtre non peint et des trous. De même, dans les aires où habitent des personnes résidentes, on a vu que les mains courantes étaient rayées et éraflées et que l'on avait omis de peindre certains endroits.

Une ou un gestionnaire a reconnu que le programme d'entretien périodique, préventif et correctif du foyer ne prévoyait pas de travaux de réparation des murs et des mains courantes.

**Sources** : Démarches d'observation; entretiens avec une ou un gestionnaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 11 mai 2026.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 007 – Services d'entretien**

Problème de conformité n° 017 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

**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 (2021)] :**

- a) Effectuer une vérification de tous les tapis de sol utilisés par les personnes résidentes et ceux qui sont entreposés, afin de déterminer s'ils sont en bon état.
- b) Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification, notamment la ou les dates, le nom de la personne qui a effectué la vérification, le nom de la personne résidente à laquelle le tapis concerné appartient, le lieu où se trouvait le tapis, les photos du ou des tapis concernés, la date à laquelle le ou les tapis ont été remplacés conformément aux directives du fabricant, de même que toute mesure corrective prise, s'il y a lieu.
- c) Offrir une formation d'appoint à l'ensemble des membres du personnel d'entretien, des PSSP, des membres du personnel autorisé et des membres du personnel chargés de remplacer les tapis. Cette formation doit porter sur les critères énoncés dans les directives du fabricant afin d'établir lorsque l'on doit remplacer les tapis des personnes résidentes.
- d) Offrir une formation d'appoint à l'ensemble des membres du personnel d'entretien, des PSSP, des membres du personnel autorisé et des membres du personnel chargés de remplacer les tapis. Cette formation doit porter sur la marche à suivre pour signaler les tapis endommagés qui doivent être remplacés.
- e) Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte suivant les points c) et d), notamment la ou les dates de la formation, le matériel et le contenu

présentés, ainsi que le nom de la personne qui l'a animée et des personnes qui y ont participé.

### **Motifs**

Les tapis de sol du foyer utilisés pour l'amortissement des chutes auprès de plusieurs personnes résidentes étaient tous endommagés et en mauvais état. En effet, de la mousse sortait des tapis, il y avait des déchirures et des trous, et le revêtement antidérapant du tapis d'une personne résidente se décollait. Selon les directives du fabricant, on ne devait pas utiliser la housse si elle présentait des trous ou des déchirures, car la mousse intérieure des tapis endommagés peut absorber l'humidité et abriter des bactéries.

Une ou un gestionnaire a indiqué que l'on avait omis de respecter la marche à suivre pour le signalement du matériel endommagé. Selon cette marche à suivre, les membres du personnel d'entretien, les PSSP et les membres du personnel autorisé devaient signaler tout matériel endommagé, en demandant aux membres du personnel autorisé responsables d'en informer la gestionnaire compétente ou le gestionnaire compétent. Une ou un gestionnaire a reconnu que les tapis étaient endommagés et qu'ils n'étaient pas sécuritaires pour les personnes résidentes.

Les personnes résidentes risquaient de se blesser en utilisant les tapis endommagés. De plus, la mousse exposée pouvait abriter des agents infectieux susceptibles de propager les infections entre les personnes résidentes et les membres du personnel. En effet, dans cet état, le nettoyage et la désinfection des tapis ne sont pas efficaces.

**Sources** : Démarches d'observation; examen des dossiers sur les vérifications des tapis de sol (Floor Mat Audits); photos des tapis de sol; directives du fabricant des tapis de sol pour l'amortissement des chutes PrimeMat 2.0 (PrimeMat 2.0 Impact Reduction Fall Mats); entretiens avec une ou un gestionnaire.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 11 mai 2026.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

### PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

### Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

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

jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

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

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

### **Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

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).

**Ordre de conformité  
immédiate**

**Rapport public**

**Date d'émission du rapport :** 6 mars 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1057-0002

**Type d'inspection :**

Plainte

Suivi

**Titulaire de permis :** Norwood Nursing Home Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Norwood Nursing Home, Toronto

**RÉSUMÉ DU RAPPORT D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes : 29 janvier 2026, ainsi que 2 et 4 février 2026

**ORDRE DE CONFORMITÉ IMMÉDIATE (OCI n° 901) –  
Température ambiante**

Problème de conformité n° 001 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :**

LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a) – Faire ou s'abstenir de faire quoi que ce soit pour veiller au respect d'une exigence que prévoit la présente loi.

**Ordre de conformité :** [LRSLD (2021), par. 155 (1)]

**Le titulaire de permis a omis de se conformer au paragraphe 24 (1) du  
Règl. de l'Ont. 246/22.**

1. Veiller à ce que la température du salon du deuxième étage soit maintenue à un minimum de 22 °C.
2. Mesurer et consigner dans un dossier la température ambiante dans le salon du deuxième étage, et ce, une fois le matin, une fois l'après-midi, entre midi et 17 h, et une fois la nuit, durant deux semaines.
3. Envoyer un courriel, chaque semaine, au bureau du district de Toronto. Ce courriel doit contenir les mesures de la température ambiante prises dans le salon du deuxième étage durant la semaine.

**Motifs**

On a omis de maintenir la température du salon du deuxième étage à un minimum de 22 °C. En effet, durant plusieurs jours, la température du salon du deuxième étage se situait entre 9 °C et 11 °C. Après avoir vérifié les dossiers, un membre du personnel autorisé a confirmé que la température ambiante mesurée dans le salon du deuxième étage était de 9 °C un jour donné.

Lors de démarches d'observation, on a vu une personne résidente s'approcher du salon du deuxième étage. Toutefois, un membre du personnel autorisé lui a dit qu'elle ne pouvait pas y aller, car la pièce était froide. En effet, après avoir constaté que la pièce était froide, le foyer avait envoyé une note de service aux membres du personnel, afin de leur demander de garder les personnes résidentes hors du salon du deuxième étage ou de voir à ce qu'ils portent une couche supplémentaire de vêtements.

L'omission, par le foyer, de maintenir la température ambiante à au moins 22 °C dans le salon du deuxième étage a augmenté le risque d'inconfort et de problèmes de santé pour les personnes résidentes.

**Sources** : Température mesurée dans le salon du deuxième étage; entretien avec un membre du personnel autorisé.

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

### PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

### Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

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

jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

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

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

### **Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

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).