

Rapport public

Date d'émission du rapport : 2 mars 2026

Numéro d'inspection : 2026-1052-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

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

Foyer de soins de longue durée et ville : Rockcliffe Community, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 20 et 23 au 27 février 2026, ainsi que 2 mars 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 27 février 2026

L'inspection concernait :

- Signalements : n° 00165631, n° 00165635, n° 00166726, n° 00167197 et n° 00167506 – Signalements en lien avec l'éclosion d'une maladie.
- Signalements : n° 00168706 et n° 00169987 – Signalements en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : n° 00169284 – Signalement en lien avec une plainte concernant la lutte contre les ravageurs.

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

- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

Une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. De plus, la mesure d'intervention requise pour la prévention et la gestion des chutes n'était pas en place au moment de la chute.

Lors de démarches d'observation effectuées à deux dates données, on a constaté que la personne résidente n'utilisait pas les mesures d'intervention prévues dans son programme de soins.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'incident critique (IC); notes d'enquête; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

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).

Une personne résidente avait besoin d'une mesure d'intervention particulière prévue dans le cadre d'une stratégie de prévention des chutes. Toutefois, à une date donnée, la personne résidente a fait une chute et a subi une blessure, alors que la mesure d'intervention n'était pas en place.

Sources : Examen des dossiers concernant la personne résidente; rapport d'IC; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Les membres du personnel devaient prendre des précautions supplémentaires à l'égard d'une personne résidente, notamment porter un type particulier d'équipement de protection individuelle (EPI). Toutefois, à une date donnée, on a vu un membre du personnel omettre de porter l'EPI requis alors qu'il fournissait des soins à la personne résidente.

Sources : Démarches d'observation; examen de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (« la Norme »); entretien avec des membres du personnel.

À une date donnée, on a vu un membre du personnel aider une personne résidente à s'asseoir dans le couloir. Toutefois, il a omis de suivre le processus d'hygiène des mains après être entré en contact avec cette personne.

Sources : Démarches d'observation; examen de la Norme; entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Entretien ménager

Problème de conformité n° 004 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 93 (2) a) 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,
- (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs.

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)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre un calendrier pour le nettoyage en profondeur des aires où habitent des personnes résidentes. Élaborer et mettre en œuvre un système permettant de consigner le nom de la personne qui a effectué le nettoyage et la date à laquelle elle l'a fait, de même que la raison pour laquelle elle n'a pas accompli la tâche, au besoin.
2. Offrir une formation à tous les membres du personnel d'entretien sur la marche à suivre pour le nettoyage et sur leurs responsabilités connexes.
3. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre pour la vérification du nettoyage en profondeur des chambres à coucher des personnes résidentes et des aires communes. Effectuer une vérification quotidienne dans deux chambres à coucher de personnes résidentes ou dans une aire commune aux deuxième et troisième étages (une à chaque étage), pendant six semaines. Prendre des mesures correctives pour remédier à toute préoccupation constatée lors des vérifications.
4. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte, notamment la date et le nom de la ou des personnes qui y ont participé. Consigner dans un dossier le calendrier pour le nettoyage en profondeur et les renseignements sur le nettoyage effectué. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification effectuée, notamment la date, la pièce ou le secteur où l'on a fait la vérification, le nom de la ou des personnes qui ont effectué la vérification, le résultat de la vérification et toute mesure corrective prise, s'il y a lieu.

Motifs

Lors de démarches d'observation, on a constaté que les planchers de plusieurs chambres à coucher de personnes résidentes, les planchers des salles de bains, la surface extérieure des toilettes et les murs des couloirs aux deuxième et troisième

étages étaient sales, tachés et couverts de débris. On a également constaté la présence d'excréments de rongeurs dans la cuisine et le couloir, de même que des éclaboussures de nourriture sur les rideaux de la salle à manger. Les membres du personnel d'entretien ménager devaient nettoyer les chambres à coucher des personnes résidentes et les aires communes chaque jour. De plus, ils devaient effectuer un nettoyage en profondeur une fois par mois. Toutefois, selon les dossiers concernant le nettoyage en profondeur, on a omis de nettoyer en profondeur les chambres à coucher des personnes résidentes et les aires communes à plusieurs reprises entre décembre 2025 et février 2026. La directrice ou le directeur responsable des services environnementaux a reconnu que l'on avait omis de fournir un environnement propre aux personnes résidentes.

L'omission, par le foyer, de mettre en œuvre des marches à suivre efficaces pour le nettoyage a augmenté le risque d'infection pour les personnes résidentes et a nui à leur confort et à l'appréciation de leur environnement.

Sources : Démarches d'observation; calendrier pour le nettoyage en profondeur; examen des politiques correspondantes du foyer; entretien avec des membres du personnel et des personnes résidentes.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 24 avril 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Lutte contre les ravageurs

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

Non-respect du : paragraphe 94 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Lutte contre les ravageurs

Paragraphe 94 (1) – Dans le cadre des programmes structurés de services d'entretien ménager et de services d'entretien prévus aux alinéas 19 (1) a) et c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit mis en place au foyer un programme structuré de lutte préventive contre les ravageurs prévoyant le recours aux services d'un préposé au contrôle des ravageurs agréé et, notamment, la tenue de dossiers indiquant les dates des visites effectuées et les mesures prises.

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 du paragraphe 94 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

1. La façon dont le foyer doit veiller à ce que l'on traite rapidement les problèmes sanitaires et structurels mentionnés dans les rapports des entrepreneurs, ainsi que toute lacune constatée lors des vérifications en lien avec la lutte contre les ravageurs.
2. Les mesures à prendre pour évaluer l'efficacité de la fréquence de nettoyage dans les secteurs où l'on a constaté la présence de ravageurs, afin d'établir si cette fréquence permet de maintenir la propreté et de désinfecter adéquatement les lieux.
3. Les mesures à prendre, si la précédente fréquence de nettoyage s'avère inefficace, pour veiller à ce que l'on nettoie efficacement les secteurs où l'on a constaté la présence de ravageurs.
4. La façon dont les membres du personnel d'entretien ménager, les membres du personnel d'entretien, les membres du personnel responsable de la prévention et du contrôle des infections, les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et les membres du personnel des services de diététique doivent collaborer afin de prendre des mesures pour lutter contre les ravageurs au foyer.
5. La façon dont le foyer doit tenir les personnes résidentes et leurs familles informées de la situation quant aux ravageurs dans le foyer.
6. Les changements à apporter à la méthode de consignation des renseignements concernant l'entretien et l'entretien ménager, afin d'assurer le suivi des mesures prises dans le cadre de la lutte contre les ravageurs.

Motifs

On a omis de mettre en œuvre comme il se devait la politique du titulaire de permis concernant la lutte préventive et réactive contre les ravageurs (Pest Control Prevention and Management). Plus précisément, on a omis de faire ce qui suit :

- Après la visite d'une préposée au contrôle des ravageurs agréée ou d'un préposé au contrôle des ravageurs agréé, le foyer doit examiner les rapports de la préposée ou du préposé, faire un suivi à cet égard et prendre immédiatement les mesures correctives recommandées dans ces rapports. Toutefois, selon les dossiers concernant la lutte contre les ravageurs, entre novembre 2025 et février 2026, le foyer a omis, à cinq reprises, de mettre en œuvre immédiatement de telles recommandations.
- Le foyer doit élaborer un plan d'action pour traiter les problèmes sanitaires et structurels mentionnés dans les rapports des préposées au contrôle des ravageurs agréées ou des préposés au contrôle des ravageurs agréés. De plus, il doit tenir, sur place, un registre structuré des services obtenus et des plans d'action établis. Toutefois, lors d'un examen des plans d'action fournis par le foyer, on a constaté

qu'entre octobre 2025 et janvier 2026, le foyer avait élaboré un seul plan d'action pour régler des problèmes mentionnés dans un rapport daté du 2 janvier 2026.

- Le foyer doit effectuer des vérifications mensuelles de la lutte contre les ravageurs (Monthly Pest Control Assessment Audits) et faire le suivi des problèmes constatés afin de recenser les tendances, puis présenter un rapport à ce sujet lors des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et des membres de sa direction. Entre novembre 2025 et janvier 2026, on a effectué une vérification de la lutte contre les ravageurs. Toutefois, on a omis de discuter des problèmes constatés lors des vérifications mensuelles durant les réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et des membres de la direction du foyer.

- Le foyer doit sceller toutes les fissures afin de réduire le nombre de cachettes pour les ravageurs. Toutefois, lors de démarches d'observation dans les deux secteurs concernés du foyer, on a vu plusieurs sections de plinthes non scellées dans le couloir, où l'on pouvait voir le substrat de béton intérieur.

L'omission, par le foyer, de respecter la politique concernant la lutte préventive et réactive contre les ravageurs (Pest Control Prevention and Management) a entraîné un risque que les ravageurs deviennent un problème persistant dans le foyer.

Sources : Démarches d'observation dans les secteurs du foyer; politique de lutte contre les ravageurs (pest control policy) du foyer; rapports de la préposée au contrôle des ravageurs agréée ou du préposé au contrôle des ravageurs agréé; entretiens avec des membres du personnel et la représentante ou le représentant de la préposée au contrôle des ravageurs agréée ou du préposé au contrôle des ravageurs agréé.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 15 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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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^e 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^e étage

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée **District de Toronto**
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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

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.