

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1282-0001

Type d'inspection :
Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Toronto Finnish-Canadian Seniors Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Suomi-Koti Toronto Nursing Home, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 16, 19, 20, 22 et 27 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 21 et 23 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00167411 – Inspection proactive de conformité

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Conseils des résidents et des familles
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Droits et choix des résidents
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

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

Selon le programme de soins d'une personne résidente, on devait effectuer des évaluations hebdomadaires de son signe d'altération de l'intégrité épidermique. Ce dernier a guéri. Toutefois, on a omis de réviser le programme de soins lorsque les soins prévus dans ce dernier ont cessé d'être nécessaires.

Sources : Examen des dossiers cliniques; entretien avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA).

Date de mise en œuvre de la rectification : 22 janvier 2026.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021)

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 90 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment :

a) des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence, notamment les épidémies et les pandémies;

b) un plan d'évacuation et de relogement des résidents et un plan d'évacuation du personnel et d'autres personnes dans une situation d'urgence.

La directrice générale ou le directeur général par intérim et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont reconnu que le foyer ne dispose pas d'un plan de mesures d'urgence.

Sources : Entretiens avec la directrice générale ou le directeur général par intérim et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect de : l'alinéa 20 f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Pendant environ un mois, le voyant de la sonnette d'appel de la chambre à coucher d'une personne résidente ne fonctionnait pas. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et des membres du personnel d'entretien ont reconnu que le système de communication bilatérale n'indiquait pas clairement d'où provenait le signal lorsque l'on appuyait sur la sonnette d'appel.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec une PSSP et des membres du personnel d'entretien.

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 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.

On a omis de mesurer la température ambiante une fois le soir ou la nuit. En outre, à plusieurs dates en décembre 2025 et janvier 2026, on a omis de mesurer la température ambiante une fois le matin et une fois l'après-midi.

Sources : Examen des registres des vérifications quotidiennes de la qualité de l'air et de l'eau (Air and Water Quality Daily Checks Logs); entretiens avec la personne responsable de l'entretien et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect de : la disposition 34 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

i) Au cours des dernières années, le foyer a omis d'évaluer son programme de soins de la peau et des plaies (skin and wound program) une fois par année.

Sources : Entretiens avec la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général par intérim.

ii) Au cours des dernières années, le foyer a omis d'évaluer son programme de gestion de la douleur (pain management program) une fois par année.

Sources : Entretiens avec la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général par intérim.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes visés aux alinéas (1) a) et b).

Le foyer ne disposait pas d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes structurés de services infirmiers et de services de soutien personnel.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect de : l'alinéa 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) – Le plan de dotation en personnel doit :

e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

On a omis d'effectuer l'évaluation annuelle du plan de dotation en personnel.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Au cours de plusieurs semaines, on a omis d'effectuer des évaluations hebdomadaires auprès d'une personne résidente qui présentait un nouveau signe d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Examen des dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 – 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).

i) Dans le contexte de l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 10.2 c) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme ») [avril 2022, révisée en septembre 2023], le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme d'hygiène des mains (hand hygiene program) du foyer prévoie que les membres du personnel aident les personnes résidentes à laver les mains avant de recevoir leur collation.

Sources : Démarches d'observation lors du service d'une collation; entretiens avec une PSSP et une personne résidente.

ii) Dans le contexte de l'exigence supplémentaire prévue à l'article 11.6 de la Norme (avril 2022, révisée en septembre 2023), on a omis de fournir des lignes directrices pour le dépistage passif à l'égard des membres du personnel, des étudiantes et étudiants, des bénévoles, des PSSP, des fournisseurs de soins et des visiteurs en général. Ainsi, ces personnes omettaient de le faire à leur entrée au foyer. En outre, il n'y avait aucune affiche au foyer présentant les questions de dépistage ainsi que les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance par les membres du personnel et les visiteurs.

Sources : Démarches d'observation en lien avec le dépistage passif; entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (4) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

e) le programme est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux normes et protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

On a omis d'évaluer et de mettre à jour, au moins une fois par année, le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) [IPAC program] du foyer. La directrice générale ou le directeur général par intérim a reconnu cette omission.

Sources : Examen de la politique de gestion des éclosions (Outbreak Management Policy); entretien avec la directrice générale ou le directeur général par intérim.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : la disposition 102 (7) 9 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

9. Il examine les résultats de dépistage quotidiens et mensuels qu'a recueillis le titulaire de permis afin d'établir si des mesures doivent être prises.

La personne responsable de la PCI a reconnu qu'elle avait omis de recueillir les résultats des dépistages quotidiens et mensuels afin d'établir si l'on devait prendre des mesures dans le cadre du programme de PCI (IPAC Program) du foyer.

Sources : Entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

Lors de l'éclosion confirmée d'une maladie au foyer, on devait prendre des précautions supplémentaires à l'égard d'une personne résidente. Toutefois, on a omis de surveiller les symptômes indiquant la présence d'infections de cette dernière pendant deux quarts de travail.

Sources : Examen du rapport d'incident critique (IC) correspondant, des documents concernant l'éclosion et des dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (11) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (11) – Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence.

Le système de gestion des épidémies (outbreak management system) du foyer ne définissait pas les responsabilités des membres du personnel. La directrice générale ou le directeur général par intérim a reconnu cette omission.

Sources : Examen de la politique de gestion des éclosions (Outbreak Management Policy); entretien avec la directrice générale ou le directeur général par intérim.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : la disposition 115 (1) 5 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) :

5. L'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

On a confirmé l'éclosion d'une maladie au foyer. Toutefois, ce n'est que le lendemain que l'on a informé la directrice ou le directeur de la situation. Cette omission a été confirmée par la personne responsable de la PCI.

Sources : Examen du rapport d'IC; entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

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

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

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé.

À plusieurs reprises, une ou un IA a laissé le chariot à médicaments déverrouillé alors qu'elle ou il administrait des médicaments à des personnes résidentes. L'IA a reconnu que le chariot à médicaments devait être sûr et verrouillé lorsqu'il était laissé sans surveillance.

Sources : Démarches d'observation lors de l'administration de médicaments; entretien avec une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

Non-respect du : paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le foyer n'a pas été en mesure de fournir un rapport sur l'amélioration constante de la qualité rédigé à propos de l'exercice 2024-2025.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.