

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 12 janvier 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1383-0001

**Type d'inspection :**  
Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** Iris L.P., par ses partenaires généraux, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** AgeCare Trilogy, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6, 7, 8, 9 et 12 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00166609 – Inspection proactive de conformité

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

- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Contention au moyen d'appareils mécaniques

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

#### Non-respect de : la disposition 35 (2) 6 de la LRSLD (2021)

Contention au moyen d'appareils mécaniques

Paragraphe 35 (2) – La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

6. Le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé en application du

paragraphe (3).

On devait utiliser un moyen de contention auprès d'une personne résidente. Selon la politique du foyer concernant l'utilisation de la contention (policy related to restraint usage), le programme de soins doit indiquer la raison pour laquelle on utilise la contention et le moment où il faut le faire. Toutefois, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont toutes ou tous deux confirmé que le programme de soins de la personne résidente ne contenait pas ces renseignements.

**Sources** : Politique n° LTC-ON-200-08-01 pour le programme de contention (Restraint Program) du foyer, datée de novembre 2025; examen du programme de soins actuel d'une personne résidente; entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la ou le DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement**

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

### **Non-respect de : la disposition 36 (4) 5 de la LRSLD (2021)**

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Paragraphe 36 (4) – L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

5. Le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé conformément au paragraphe (5).

On devait utiliser un appareil d'aide personnelle auprès de deux personnes résidentes. Selon la politique du foyer concernant l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle (PASD usage), le programme de soins doit fournir des directives sur la mise en œuvre et le retrait de l'appareil d'aide personnelle, de même que les exigences pour la surveillance de cet appareil. Toutefois, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la ou le DSI ont toutes ou tous deux confirmé que les programmes de soins de ces deux personnes résidentes ne contenaient pas ces renseignements.

**Sources** : Politique n° LTC-ON-200-08-03 concernant l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle (Personal Assistance Service Device [PASD]) du foyer, datée de novembre 2025; examen des programmes de soins actuels de deux personnes résidentes; entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la ou le DSI.

### **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 du : sous-alinéa 12 (1) 1. i. 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 :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
  - i. gardées fermées et verrouillées.

On a constaté que la porte d'une salle de bain située dans l'unité du quatrième étage n'était pas verrouillée. Toutefois, l'affiche sur la porte indiquait que l'on devait la garder fermée et verrouillée en tout temps. La directrice générale ou le directeur général et la ou le DSI ont toutes ou tous deux confirmé qu'il s'agissait de la règle en vigueur dans le foyer.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'unité du quatrième étage; entretien avec la directrice générale ou le directeur général et la ou le DSI.

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

Problème de conformité n° 004 – 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.

On a constaté que la porte de la salle des fournitures située dans l'unité du deuxième étage n'était pas verrouillée. Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a déclaré que l'on entreposait dans cette salle les lève-personnes mécaniques et les fauteuils roulants de l'unité; ainsi, cette salle était considérée comme une aire non résidentielle et sa porte devait être verrouillée en tout temps.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'unité du deuxième étage; entretien avec une ou un IAA et d'autres membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 20 a) 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 :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

On a constaté que deux personnes résidentes n'avaient pas accès à leur sonnette d'appel lorsqu'elles étaient au lit.

**Sources** : Démarches d'observation à l'intérieur de deux chambres à coucher de personne résidentes; entretien avec la directrice générale ou le directeur général et d'autres membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'alinéa 20 b) 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 :

b) il est sous tension en tout temps.

Les sonnettes d'appel d'une personne résidente, l'une située à côté de son lit, et l'autre, près de sa salle de bain, ne fonctionnaient pas.

**Sources :** Démarches d'observation à l'intérieur de la chambre à coucher d'une personne résidente; entretien avec la directrice générale ou le directeur général et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

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

**Non-respect de : l'alinéa 56 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causaux, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Lors de plusieurs évaluations menées auprès d'une personne résidente selon l'échelle du Minimum data set (ensemble minimal de données), à l'aide de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes (Resident Assessment Instrument, ou « RAI »), on a constaté que celle-ci souffrait d'incontinence intestinale. Toutefois, dans PointClickCare, il n'y avait aucune information sur toute évaluation de la continence intestinale qui aurait été effectuée auprès de la personne. Une ou un IAA a confirmé que l'on avait omis d'effectuer les évaluations requises.

**Sources** : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique n° LTC-ON-200-05-01 du foyer concernant le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence (Continence And Bowel Management Program); entretien avec une ou un IAA.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Côtés de lit**

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 18 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Côtés de lit

Paragraphe 18 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident.

**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 18 (1) a) 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 :

a) L'offre d'une formation à tous les membres du personnel autorisé travaillant aux premier, troisième et cinquième étages, ainsi qu'à tout autre membre du personnel chargé d'effectuer des évaluations de la sécurité des lits. Cette formation doit porter sur la politique du foyer concernant les évaluations de la sécurité des lits (Bed Safety Assessments), notamment sur la fréquence à laquelle ces évaluations doivent être effectuées et les risques pour les personnes résidentes si l'on omet d'effectuer ces évaluations à la fréquence requise.

b) Une marche à suivre afin de garantir que les lits des personnes résidentes sur lesquels on utilise des côtés de lit font l'objet d'une évaluation de la sécurité, conformément aux fréquences définies dans la politique correspondante du foyer. Cette marche à suivre doit comprendre, sans s'y limiter, le nom du ou des membres du personnel qui seront chargés de réaliser les évaluations de la sécurité des lits et du ou des membres du personnel qui vérifieront ces évaluations, afin de veiller à ce qu'on respecte les fréquences prévues dans la politique correspondante du foyer.

Le plan doit également décrire les rôles et les responsabilités des membres du personnel concernés et prévoir les dates cibles pour la mise en œuvre de la marche à suivre susmentionnée.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2026-1383-0001, inspecteur des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel à l'adresse [torontodistrict.mlrc@ontario.ca](mailto:torontodistrict.mlrc@ontario.ca) d'ici le 23 janvier 2026.

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

## **Motifs**

Trois personnes résidentes avaient besoin de côtés de lit. Selon la politique du foyer concernant les évaluations de la sécurité des lits (Bed Safety Assessments), les lits des personnes résidentes sur lesquels on utilise des côtés de lit doivent faire l'objet d'une évaluation de la sécurité au moins une fois par an. Toutefois, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la ou le DSI ont toutes ou tous deux confirmé que l'on avait omis d'effectuer une évaluation annuelle de la sécurité des lits de ces personnes résidentes.

L'omission de veiller à ce que l'on évalue la sécurité des lits chaque année a exposé les personnes résidentes dont les lits étaient munis de côtés de lit à un risque de piégeage.

**Sources** : Politique n° LTC-ON-200-08-05 du foyer concernant les évaluations de la sécurité des lits (Bed Safety Assessments), datée de novembre 2025; examen des évaluations effectuées auprès de trois personnes résidentes et des programmes de soins de ces personnes; entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins cliniques et la ou le DSI; communication par courriel avec la directrice générale ou le directeur général; démarches d'observation dans les chambres à coucher de trois personnes résidentes.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**  
27 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).