

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 18 mars 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1212-0003

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** CVH (n° 11) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Humber Valley Terrace, Etobicoke

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 6, 9, 11 au 13, 16 et 18 mars 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 17 mars 2026

On a examiné les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques (IC) :

- Signalement : n° 00168087/rapport d'IC n° 2716-000004-26 – Signalement en lien avec des préoccupations concernant la malnutrition.

- Signalements : n° 00169773/rapport d'IC n° 2716-000006-26 et n° 00170200/rapport d'IC n° 2716-000007-26 – Signalements en lien avec des préoccupations concernant des soins fournis de façon inappropriée.

- Signalement : n° 00170735/rapport d'IC n° 2716-000008-26 – Signalement en lien avec une chute ayant entraîné une blessure.

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des plaintes :

- Signalement : n° 00169688 – Signalement en lien avec une plainte concernant des allégations de soins fournis de façon inappropriée, ce qui a entraîné une détérioration de l'intégrité épidermique.

- Signalement : n° 00170040 – Signalement en lien avec une plainte concernant des allégations de soins des plaies fournis de façon inappropriée.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Gestion de la douleur
- 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 de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a consigné dans les dossiers qu'une personne résidente avait refusé un aspect particulier des soins et que sa famille avait été informée de ce refus. Toutefois, selon les dossiers, les soins en question ont été fournis par ce membre du personnel. En outre, deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont indiqué que la personne résidente avait bel et bien reçu les soins, et que la mesure d'intervention particulière avait mal été consignée dans le programme de soins de la personne. En revanche, on a omis d'informer l'IAA de ces situations.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – 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 avait besoin d'un certain niveau d'aide en ce qui concerne une mesure d'intervention précise. Toutefois, à plusieurs reprises, on a omis de mettre en œuvre auprès d'elle la mesure d'intervention prévue conformément à son programme de soins.

**Sources** : Programme de soins de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect de : l'alinéa 6 (10) a) 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 :

a) un objectif du programme est réalisé.

Une personne résidente avait un problème de santé, pour lequel elle avait besoin d'un traitement en particulier. Selon ses dossiers cliniques, à une date donnée, on a établi que le traitement n'était plus nécessaire. En revanche, on a omis de consigner ce changement dans son programme de soins.

**Sources** : Démarches d'observation; examen du dossier d'administration des médicaments; entretiens avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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

LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Une PSSP a omis d'utiliser des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'elle est venue en aide à une personne résidente après un incident.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

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

**Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Selon la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, après la chute d'une personne résidente, les membres du personnel doivent encourager cette dernière à rester dans sa position actuelle jusqu'à ce qu'un membre du personnel autorisé évalue son état.

Toutefois, après qu'une personne résidente eut fait une chute, une PSSP lui est venue en aide avant qu'un membre du personnel autorisé évalue son état.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente; politique correspondante du foyer de soins de longue durée; entretiens avec des membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

### **Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, article 10.

On devait évaluer l'état d'une personne résidente à des intervalles fixes. Toutefois, lors d'une certaine évaluation, un membre du personnel a mal consigné les données qu'il avait recueillies.

**Sources** : Démarches d'observation; évaluation de la douleur; politique correspondante du foyer de soins de longue durée; entretiens avec des membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – 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).

On a évalué l'état d'une personne résidente, puis on a consigné une mesure d'intervention particulière dans son programme de soins écrit. Toutefois, à une date donnée, on a constaté que l'on avait omis de mettre en place la mesure d'intervention.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec des membres

du personnel.

## **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 de : l'alinéa 55 (2) e) 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 :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 12.

On a acheminé le dossier d'une personne résidente à la diététiste professionnelle ou au diététiste professionnel en raison d'un problème de peau. Ensuite, la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a formulé des recommandations pour le programme de soins de cette personne. Toutefois, ce n'est que plusieurs semaines plus tard que l'on a suivi les recommandations, soit après que la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel eut réévalué l'état de la personne résidente.

**Sources :** Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; dossier d'administration des médicaments; entretien avec des membres du personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

1. Organiser une réunion pour examiner les stratégies actuelles que les membres du personnel doivent mettre en œuvre auprès de la personne résidente désignée, en collaboration avec le membre du personnel responsable et les membres de la direction, puis réviser le programme de soins de la personne résidente désignée, afin de veiller à ce que l'on mette en œuvre, aux intervalles requis, les mesures d'intervention adéquates pour répondre à ses besoins. Consigner dans un dossier les renseignements sur la réunion, notamment la date et l'heure, le nom et le titre des participantes et participants, tous les dossiers examinés, les notes prises lors de l'examen et les mesures à prendre, ainsi que toute modification apportée au programme de soins.
2. Offrir une formation d'appoint à toutes les PSSP (y compris les membres du personnel occasionnel, les membres du personnel provenant d'une agence et les étudiantes et étudiants) qui travaillent dans l'aire concernée où vivent des personnes résidentes. La formation doit porter sur les politiques et les programmes particuliers du foyer pour ce qui suit : le rôle des PSSP, le recensement des signes et des symptômes chez des personnes résidentes ayant une déficience cognitive, les éléments déclencheurs et les types de déficiences cognitives, le signalement aux membres du personnel autorisé et les attentes concernant la tenue de dossiers.
3. Offrir une formation d'appoint à l'ensemble des IAA et des infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA) [y compris les membres du personnel occasionnel, les membres du personnel provenant d'une agence et les étudiantes et étudiants] qui travaillent dans l'aire concernée où vivent des personnes résidentes. La formation doit porter sur les politiques et les programmes de gestion particuliers du foyer pour ce qui suit : le recensement des signes et des symptômes chez des personnes résidentes ayant une déficience cognitive; les éléments déclencheurs et les types de déficiences cognitives; la réalisation d'une évaluation auprès des personnes résidentes ayant une déficience cognitive; l'offre d'un traitement en adoptant les stratégies appropriées et la mise en œuvre de mesures d'intervention adaptées lorsque l'on recense un élément déclencheur; l'évaluation de l'efficacité des mesures d'intervention; la collaboration avec les PSSP, le médecin et d'autres membres du personnel de différents domaines; les attentes concernant la tenue de dossiers; la façon dont la gestion inappropriée de l'inconfort d'une personne résidente peut entraîner de la négligence et d'autres conséquences connexes.
4. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte dans le cadre de la réalisation des points 2 et 3, notamment le nom et le titre des personnes qui

ont participé à la formation, la date et l'heure, le nom de la ou des personnes qui ont animé la formation, de même que le contenu et les sujets abordés lors de celle-ci.

5. Élaborer et effectuer une vérification auprès des membres du personnel infirmier qui effectuent les évaluations données en personne auprès de la personne résidente, afin de veiller à ce que l'on recense et consigne tous les signes à l'aide de l'outil d'évaluation approprié. Effectuer au moins deux vérifications durant le quart de jour et deux vérifications durant le quart de soir, chaque semaine, pendant une période de deux semaines à compter de la date de signification du présent ordre de conformité.

6. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification effectuée dans le cadre de la réalisation du point 5, notamment la date et l'heure, le nom et le titre du ou des membres du personnel infirmier concernés, les résultats de la vérification, de même que les mesures prises en réponse aux conclusions de cette dernière.

## **Motifs**

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

Au cours d'une période donnée, on a omis de mettre en œuvre une mesure d'intervention précise auprès d'une personne résidente. Par la suite, la personne résidente a subi des conséquences néfastes sur sa santé, en raison desquelles elle a ressenti de l'inconfort.

i) Lors de démarches d'observation, on a constaté que la personne résidente signalait verbalement de l'inconfort lorsqu'elle recevait des soins, et que les membres du personnel notaient son inconfort.

ii) La personne résidente souffrait d'un problème de santé en raison duquel on devait utiliser un outil d'évaluation particulier pour évaluer sa douleur. Toutefois, on a omis de l'utiliser à plusieurs reprises.

Au cours d'une période donnée, des membres du personnel ont mal consigné les niveaux de douleur signalés par la personne résidente.

En outre, des membres du personnel ont reconnu que si l'on avait utilisé l'outil

approprié, on aurait consigné un différent niveau de douleur dans les dossiers de la personne résidente.

iii) Au cours d'une période donnée, lors de tous les quarts de travail, les membres du personnel ont indiqué dans les dossiers qu'ils n'avaient constaté aucun signe d'inconfort chez la personne résidente. Toutefois, des membres du personnel ont indiqué que la personne résidente avait présenté des signes d'inconfort lorsque l'on avait mis en œuvre une mesure d'intervention précise auprès d'elle, ce qu'ils auraient dû consigner dans ses dossiers. En outre, un autre membre du personnel a déclaré que la personne résidente avait semblé ressentir de l'inconfort alors que l'on avait mis en œuvre auprès d'elle une mesure d'intervention en particulier.

iv) On a omis d'informer le médecin que la personne résidente présentait des signes d'inconfort. Par conséquent, celui-ci n'a pas eu l'occasion de collaborer à l'évaluation de l'état de la personne et au traitement de son problème de santé.

Le foyer a reconnu que lorsque la personne résidente a présenté des signes d'inconfort pendant la période en question, elle a fait l'objet de négligence.

L'omission, par le foyer, de veiller à ce que les membres du personnel effectuent des évaluations appropriées et justes auprès de la personne résidente, collaborent avec le médecin et fournissent le traitement ou prennent les mesures d'intervention nécessaires a compromis la santé et le bien-être de la personne.

**Sources** : Démarches d'observation; programme de soins de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; dossier d'administration des médicaments; évaluations; dossier et notes d'enquête du foyer; politique correspondante du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 30 avril 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).