

## Rapport public

<b>Date d'émission du rapport :</b> 25 février 2026
<b>Numéro d'inspection :</b> 2026-1452-0001
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de conformité
<b>Titulaire de permis :</b> Villa Colombo Seniors Centre (Vaughan) Inc.
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Villa Colombo Seniors Centre (Vaughan), Vaughan

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10 au 13, 17, 19, 20 et 23 au 25 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 18 février 2026

L'inspection concernait :

Signalement : n° 00169840 – Inspection proactive de conformité

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

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

## 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.

i) Lors de démarches d'observation menées durant un repas, on a constaté que l'on avait offert, à une personne résidente, une quantité de liquides inférieure à ce qui était prévu dans son programme de soins.

**Sources** : Démarches d'observation; programme de soins de la personne résidente.

ii) Lors de démarches d'observation menées durant un repas, on a constaté que l'on avait fourni, à une personne résidente, un aliment d'une texture qui ne respectait pas les directives données concernant son régime alimentaire.

**Sources** : Démarches d'observation; programme de soins de la personne résidente; entretien avec une ou un aide en diététique.

iii) On a omis de fournir, à une personne résidente, le niveau d'aide dont elle avait besoin pour s'habiller, conformément à son programme de soins.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

iv) On a omis d'effectuer des évaluations de la douleur auprès d'une personne résidente selon les intervalles prévus dans son programme de soins.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretien avec une directrice ou un directeur des soins infirmiers (DSI).

## **AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire**

Problème de conformité n° 002 – 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.

1) Lors de démarches d'observation dans un secteur du foyer, on a constaté que la porte de la buanderie était ouverte. La personne responsable de l'entretien a confirmé que l'on aurait dû garder cette porte fermée et verrouillée.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec la personne responsable de l'entretien.

2) Lors de démarches d'observation dans un secteur du foyer, on a constaté que la porte de la descente de linge était ouverte. Une ou un IAA a confirmé que l'on aurait dû garder cette porte fermée et verrouillée.

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

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

À plusieurs dates données, la température ambiante mesurée dans plusieurs secteurs du foyer se situait entre 21,0 et 21,7 degrés Celsius (°C).

**Sources** : Registre de la température ambiante; entretien avec la personne responsable de l'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 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.

À plusieurs dates données, on a omis de mesurer la température ambiante dans des chambres à coucher de personnes résidentes dans au moins deux secteurs différents du foyer, ainsi que de consigner les résultats dans le registre correspondant.

**Sources** : Registre de la température ambiante; plan d'étage du foyer; entretien avec la personne responsable de l'entretien.

### **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.

À plusieurs dates données, on a omis de mesurer la température ambiante à chaque étage du foyer.

**Sources** : Registre de la température ambiante; entretien avec la personne

responsable de l'entretien.

## 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) 2 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 :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression, et le recours à des interventions efficaces en la matière.

Selon la politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies (skin and wound care policy), lorsqu'un membre du personnel consigne une évaluation d'une rupture de l'épiderme, celui-ci doit préciser les caractéristiques de la plaie dans les dossiers. Toutefois, lors d'un entretien avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA), celle-ci ou celui-ci a confirmé que l'on avait omis de consigner les renseignements requis pour de nombreuses évaluations des lésions de pression effectuées auprès d'une personne résidente.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer concernant les évaluations de l'intégrité épidermique (Skin Integrity program overview); entretien avec une ou un IA.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 – 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.

On a omis d'effectuer cinq évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies auprès d'une personne résidente qui présentait une plaie de pression.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers et une ou un IA.

### **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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

**Non-respect de : la disposition 79 (1) 9 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Lors de démarches d'observation menées durant un repas, on a vu une PSSP mélanger deux plats appartenant à un régime alimentaire à texture modifiée et les servir à une personne résidente. La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a confirmé que la PSSP aurait dû aider la personne résidente à manger un plat à la fois, et que sa technique avait nui à l'apparence de la nourriture qu'elle a servie à la personne résidente.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel.

### **AVIS ÉCRIT : Services d'entretien**

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

**Non-respect de : l'alinéa 96 (1) a) 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 :

a) des services d'entretien sont disponibles sept jours par semaine au foyer pour faire en sorte que le bâtiment, notamment les aires à l'intérieur et à l'extérieur, et ses systèmes opérationnels soient maintenus en bon état.

On a omis de veiller à ce que les services d'entretien soient offerts sept jours sur sept au foyer, comme il se devait. En effet, après un examen du registre d'entretien et un entretien avec la personne responsable des services d'entretien, on a confirmé que selon l'horaire des membres du personnel d'entretien, ceux-ci devaient être présents au foyer exclusivement pendant les heures normales d'ouverture, c'est-à-dire du lundi au vendredi.

**Sources** : Entretien avec la personne responsable de l'entretien; examen du registre d'entretien.

### **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 (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) Une PSSP a omis de mettre l'équipement de protection individuelle (EPI) requis alors qu'elle venait en aide à une personne résidente à l'égard de laquelle on devait prendre des précautions supplémentaires.

**Sources** : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la PSSP.

ii) Lors de démarches d'observation dans l'ensemble du foyer, on a constaté qu'il n'y

avait aucune affiche installée présentant les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les mesures à prendre si une maladie de ce type était soupçonnée ou confirmée chez une personne.

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

### **AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

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

**Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Lors de démarches d'observation, on a constaté que les membres du personnel ne respectaient pas la politique du foyer lorsqu'ils administraient des stupéfiants et des substances désignées. En effet, selon cette politique, ils devaient signer le formulaire pour le décompte de surveillance approprié, en plus des dossiers électroniques d'administration des médicaments des personnes concernées, ce qu'ils ont omis de faire.

**Sources** : Démarches d'observation; politique concernant l'administration des médicaments et la consignation des renseignements connexes (Medication Administration and Documentation; politique n° 5.6); entretien avec une ou un IAA.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

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

**Non-respect de : la disposition 166 (3) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (3) – Le comité d'amélioration constante de la qualité s'acquitte des responsabilités suivantes :

3. Coordonner et appuyer la mise en œuvre de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, notamment la préparation du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

Le foyer a organisé une réunion trimestrielle du comité d'amélioration constante de la qualité en avril 2025. Toutefois, par la suite, il a omis de réunir le comité chaque trimestre jusqu'en janvier 2026. Une ou un DSI a confirmé que le comité d'amélioration constante de la qualité avait omis de se réunir à deux reprises entre mai et décembre 2025.

**Sources** : Politique du foyer concernant le mandat du comité d'amélioration constante de la qualité (CQI Committee Terms of Reference; date de la dernière révision : avril 2025); procès-verbaux des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité; entretien avec une ou un DSI.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Température ambiante**

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

**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. Examiner la marche à suivre actuelle du foyer pour mesurer et consigner la température ambiante. Consigner dans un dossier les renseignements à ce sujet, notamment les documents examinés, les lacunes constatées et les points à améliorer.
2. Offrir une formation d'appoint à tous les membres du personnel responsables de mesurer la température ambiante au foyer (membres du personnel d'entretien, membres du personnel infirmier et tout autre membre du personnel désigné par le foyer). Cette formation doit porter sur la marche à suivre du foyer pour mesurer et consigner la température ambiante, le moment et l'endroit où l'on doit mesurer la température et consigner les résultats, de même que les mesures correctives à prendre si la température ne respecte pas les exigences législatives.
3. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, notamment l'heure

et la date, le contenu, ainsi que le nom des personnes qui y ont participé et de la ou des personnes qui l'ont animée.

4. Effectuer des vérifications hebdomadaires du registre de la température ambiante, pendant quatre semaines, afin de veiller à ce que l'on mesure la température ambiante dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes situées dans différents secteurs du foyer et dans une aire commune des personnes résidentes à chaque étage du foyer, et à ce que l'on consigne adéquatement les renseignements à ce sujet dans le registre, et ce, au moins une fois chaque matin, une fois chaque après-midi, entre midi et 17 h, et une fois chaque soir ou chaque nuit.

5. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification, notamment le secteur du foyer concerné, le nom de la ou des personnes qui ont effectué la vérification, la date et l'heure, les résultats, ainsi que les mesures correctives prises.

## Motifs

On a examiné le registre de la température ambiante du foyer pour les périodes allant du 25 août au 3 septembre 2025 et du 21 janvier au 12 février 2026.

On devait mesurer la température aux endroits prévus au moins trois fois par jour. Toutefois, lors des périodes susmentionnées, on a omis de mesurer la température comme il se devait plus de 40 fois.

L'omission, par le foyer, de veiller à ce que l'on mesure et consigne la température ambiante comme il se devait a augmenté le risque d'inconfort et de préjudice pour les personnes résidentes.

**Sources** : Registre de la température ambiante; politique du foyer concernant le maintien de la température ambiante (Maintaining ambient air temperature; date de la dernière approbation : juin 2025); entretiens avec la personne responsable de l'entretien et l'administratrice ou l'administrateur.

**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<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).