

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 mai 2026**Numéro d'inspection :** 2026-1359-0004**Type d'inspection :**
Incident critique**Titulaire de permis :** 2063414 Investment LP, par son commandité, 2063414
Ontario Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Weston Terrace Community, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 8 mai et les 11 et 12 mai 2026.

Les signalements d'incidents critiques (IC) suivants ont été examinés :

- Signalement : n° 00169683 / IC n° 2874-000005-26, en lien avec une chute entraînant une blessure.

Signalement : n° 00175791 / IC n° 2874-000012-26, en lien avec une blessure de cause inconnue.

- Signalement : n° 00176145 / IC n° 2874-000013-26, en lien avec un incident lié aux médicaments.

- Signalement : n° 00177921 / IC n° 2874-000016-26 lié à des allégations de mauvais traitements.

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

Services de soins et de soutien aux résidents

Gestion des médicaments

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité no 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

LRSLD (2021).

Non-respect de : alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Une infirmière autorisée (IA) n'a pas effectué de test particulier sur une personne résidente lorsque celle-ci présentait des signes de problèmes de santé, car il n'y avait aucune directive indiquant de refaire le test dans le programme de soins de la personne résidente. Le directeur adjoint des soins a confirmé que l'exigence relative au test indiqué n'était consignée nulle part.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le directeur adjoint des soins et l'IA.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de non-conformité no 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 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.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et l'IA n'ont pas collaboré à la prise de repas d'une personne résidente, ce qui a entraîné un incident lié aux médicaments.

Sources : entretiens avec la PSSP et l'IA, notes d'enquête du foyer, rapport d'incident lié aux médicaments.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité no 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : disposition 29 (3) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de soins

Par. 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs qui ont été relevés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

Une personne résidente affichait des comportements réactifs. On savait que ces comportements étaient déclenchés lorsque le personnel fournissait un certain type de soins, mais les éléments déclencheurs n'étaient pas mentionnés dans le programme de soins.

Sources : examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les PSSP, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), le directeur adjoint des soins, l'IA et le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité no 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : disposition 58 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Par. 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

3. Des protocoles permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.

Une personne résidente affichait des comportements réactifs, mais aucune preuve de surveillance du comportement n'a été notée pendant un quart de travail

particulier pendant une période de quatre mois.

Sources : documents sur les soins de la personne résidente; entretiens avec l'IAA, l'IA, le directeur adjoint des soins et le responsable du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité no 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Une personne résidente affichait des comportements réactifs. Lorsque la personne résidente a affiché des comportements réactifs, les stratégies indiquées dans le programme de soins n'ont pas été mises en œuvre pour gérer les comportements réactifs.

Sources : examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les PSSP, le directeur adjoint des soins, l'IA et le responsable du Projet OSTC.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) NO 001 – Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

L'inspecteur/l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Toronto**5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002**de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

- 1a. Effectuer une analyse multidisciplinaire des causes fondamentales de l'incident lié aux médicaments d'une personne résidente, cerner les lacunes potentielles et les possibilités d'amélioration.

- 1b. Examiner la politique intitulée « Medical Directives and Pre-Printed Orders » (Directives médicales et ordonnances préimprimées) et la politique sur la gestion du diabète du foyer en lien avec l'incident, et formuler des recommandations ou des mesures pour éviter qu'un tel incident ne se reproduise.

- 1c. Ensuite, utiliser tous les éléments ci-dessus de cette analyse et les résultats des points 1a et 1b pour créer une étude de cas.

2. Effectuer un examen en personne de l'étude de cas avec toutes les IAA et les IA de l'aire d'habitation désignée, y compris l'infirmière impliquée dans cet incident. Cet examen devrait comprendre les mesures prises par le personnel pour éviter qu'un tel incident ne se reproduise et toute autre recommandation.

3. Tenir des registres des sections ci-dessus, y compris un registre de l'analyse des causes fondamentales et des résultats, des dates des réunions et des participants à l'analyse, du contenu de l'étude de cas, des dates de l'examen de l'étude de cas, des noms des membres du personnel qui ont effectué l'examen et du personnel présent. S'assurer d'inclure les noms complets et les signatures.

4. Élaborer et mettre en œuvre une vérification de l'administration des médicaments de la personne résidente relativement à la confirmation de sa prise de repas et vérifier que le personnel autorisé respecte la politique sur la gestion du diabète. La vérification doit être effectuée au moins trois fois par jour (lorsque l'administration des médicaments désignés a lieu aux heures du déjeuner, du dîner et du souper) pendant une période d'une semaine suivant la signification du présent ordre. Inclure une vérification d'une IA désignée dans la mesure du possible, s'il est prévu qu'elle travaille avec la personne résidente pendant la période de cette vérification.

5. Tenir un registre des vérifications effectuées, y compris les dates, les heures de quart, l'heure de la vérification, le nom de la personne qui effectue les vérifications, le nom des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, l'ordonnance ou les directives relatives aux médicaments de la personne résidente, les observations faites, les constatations de la vérification et le contenu de la formation sur place

offerte ou les autres mesures correctives prises au besoin.

Motifs

(1). La politique intitulée « Medical Directives and Pre-Printed Orders » du foyer stipule que les directives médicales doivent traiter des interventions courantes et inclure l'utilisation d'ordonnances médicales préimprimées personnalisées en fonction de la personne résidente, remplies au moment de l'emménagement et signées par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne.

Une personne résidente n'avait pas de directive médicale signée pour l'administration d'un médicament particulier au moment de l'admission pendant un certain temps. Lorsque la personne résidente a eu un incident lié aux médicaments, il n'y avait aucune directive médicale en place pour la surveillance et le traitement de la personne résidente.

Sources : politique du foyer intitulée « Medical Directives and Pre-Printed Orders »; entretiens avec le directeur général (DG) et le directeur adjoint des soins; examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

(2). La politique sur la gestion du diabète du foyer enjoignait au personnel de vérifier la prise de repas avant la mise en œuvre d'un traitement particulier, mais cette directive n'a pas été suivie et cela a eu un effet négatif sur la santé de la personne résidente.

Sources : politique du foyer, entrevues avec l'IA et le directeur adjoint des soins, modules de formation sur la sécurité des médicaments, notes d'enquête du foyer et dossier des ressources humaines du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 juin 2026.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

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 permis 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
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Adresse courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Toronto**5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

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'un 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 santéÀ 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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Adresse 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.