

Rapport public

Date d'émission du rapport : 2 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1514-0007

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Villa Colombo Homes for the Aged Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Colombo Homes for the Aged, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 17 au 21 et 24 au 28 novembre et 2 décembre 2025.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 1^{er} décembre 2025.

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection de suivi :

Signalement : n° 00156490 – Suivi – Ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1514-0004 – Signalement en lien avec le programme de soins.

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection en lien avec le Système de rapport d'incidents critiques (SIC) :

Signalement : n° 00159384 (rapport du SIC n° 3020-000141-25) – Signalement en lien avec des soins fournis de manière inappropriée

Signalement : n° 00160047 (rapport du SIC n° 3020-000148-25) – Signalement en lien avec une blessure de cause inconnue

Signalement : n° 00161289 (rapport du SIC n° 3020-000151-25) – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements

Signalements : n° 00160035 (rapport du SIC n° 3020-000145-25), n° 00160122 (rapport du SIC n° 3020-000147-25) et n° 00160310 (rapport du SIC n° 3020-000149-25) – Signalements en lien avec la prévention et la gestion des chutes

Signalements : n° 00160596 (rapport du SIC n° 3020-000150-25) et n° 00162210 (rapport du SIC n° 3020-000157-25) – Signalements en lien avec la prévention et de contrôle des infections

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1514-0004 en lien avec l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD

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

- Soins liés à l'incontinence
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- 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 : paragraphe 6 (7) de la LRSLD

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 intervention prescrite pour une personne résidente a été mise en place six jours après la date prévue.

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

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

Paragraphe 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 avait des antécédents de comportements réactifs associés à des comportements déclencheurs connus. Un membre du personnel a omis de mettre en place l'intervention élaborée pour répondre au comportement déclencheur relevé, ce qui a entraîné une intensification du comportement.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec des membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

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

Non-respect du : paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

On a omis d'informer le mandataire spécial d'une personne résidente au sujet des résultats d'une enquête sur des allégations de mauvais traitements d'ordre physique à l'endroit de la personne résidente.

Sources : Rapport du SIC; politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes (Zero Tolerance of Resident Abuse & Neglect Policy, n° RC-02-01-02, révisée en janvier 2022); entretiens avec des membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, article 105, paragraphe 390 (2).

Le foyer a reçu un rapport faisant état de mauvais traitements d'ordre physique qu'un membre du personnel aurait infligés à une personne résidente et devant être signalés à la police. On a omis d'aviser le service de police.

Sources : Rapport du SIC; politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes (Zero Tolerance of Resident Abuse & Neglect Policy, n° RC-02-01-02, révisée en janvier 2022); entretiens avec des membres du personnel concernés.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Programme de soins

Problème de conformité n° 005 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD

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 :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents

aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

**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 155 (1) b) de la LRSLD :**

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan visant à garantir que les membres du personnel et les autres personnes collaborent à la mise en œuvre des soins d'une personne résidente.

1. Une analyse des causes profondes d'un incident ayant entraîné la blessure d'une personne résidente.
2. Le plan doit faire état de la manière dont le foyer comblera les lacunes relevées, et le personnel doit y participer afin d'acquérir les compétences nécessaires avant la date d'échéance pour parvenir à la conformité.

Veuillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2025-1514-0007 à l'inspectrice concernée ou à l'inspecteur concerné des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel d'ici le 16 décembre 2025.

Il faut veiller à ce que le plan écrit présenté ne contienne aucun renseignement personnel ni renseignement personnel sur la santé.

Motifs

Un appareil dont avait besoin une personne résidente a été appliqué correctement par un membre du personnel et fonctionnait comme prévu. Plus tard le même jour, deux autres membres du personnel ont retiré l'appareil, puis l'ont remis en place de manière incorrecte sans consulter le membre du personnel qui l'avait appliqué initialement. Cela a causé de la douleur et des blessures à la personne résidente, et les signes de blessure n'ont pas été signalés à l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien ou au médecin.

Ainsi, la santé de la personne résidente s'est détériorée.

L'enquête interne du foyer a conclu que deux membres du personnel ont prodigué des soins de manière incompétente en raison d'une mauvaise application de l'appareil.

Sources :

Notes d'enquête du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les membres du personnel concernés.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

14 janvier 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (8).

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] :

(a) Offrir à un membre du personnel donné une formation d'appoint sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) requis pour prodiguer des soins aux personnes résidentes à l'endroit desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires; et offrir à deux membres du personnel donnés une formation d'appoint sur la séquence appropriée pour l'enfilage et le retrait de l'EPI ;

(b) Offrir à sept membres du personnel donnés une formation sur les pratiques d'hygiène des mains conforme au programme Lavez-vous les mains de Santé publique Ontario qui comprend les quatre moments de l'hygiène des mains;

(c) Vérifier les pratiques d'hygiène des mains des sept membres du personnel donnés au moins quatre fois par semaine pendant trois semaines;

(d) Vérifier l'utilisation de l'EPI, y compris la séquence d'enfilage et de retrait de l'EPI, de deux membres du personnel donnés lorsqu'ils se trouvent dans une chambre avec des personnes résidentes à l'endroit desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires, et ce, au moins deux fois par semaine pendant trois semaines;

(e) Tenir un registre de la formation susmentionnée et y consigner, notamment, les dates de celle-ci, les noms et les désignations des membres du personnel concernés, les signatures des personnes présentes, les sujets de la formation, ainsi que le nom et le titre de la ou des personnes qui l'ont donnée;

(f) Tenir un registre des vérifications et y consigner, notamment, les dates et les heures des vérifications, le nom de la ou des personnes qui les ont effectuées, les noms et les désignations des membres du personnel qui ont fait l'objet des vérifications, les résultats de celles-ci et les mesures prises.

Motifs

1) On a vu un membre du personnel sortir des aires réservées aux personnes résidentes et y entrer sans se laver les mains. Il a interagi avec plusieurs personnes résidentes et leur environnement dans deux aires et ne s'est pas lavé les mains avant et après chaque interaction.

Sources :

Démarches d'observation; examen du rapport du SIC.

2) Le lendemain, on a vu un autre membre du personnel d'une autre aire réservée aux personnes résidentes interagir avec plusieurs personnes résidentes et leur environnement alors qu'il aidait dans la salle à manger, et constaté qu'il ne s'est pas lavé les mains avant et après chaque contact avec une personne résidente ou l'environnement.

3) Le même jour, on a vu un membre du personnel aider une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions quant aux gouttelettes et au contact sans porter l'EPI requis. Après avoir aidé la personne résidente, le membre du personnel n'a pas retiré l'EPI utilisé selon la séquence appropriée lorsqu'il est sorti de la chambre.

4) Quelques jours plus tard, un autre membre du personnel est sorti d'une autre aire réservée aux personnes résidentes et ne s'est pas lavé les mains. Il est retourné dans l'aire et est entré dans la chambre d'une personne résidente sans se laver les mains. On a confirmé que l'aire était touchée par une éclosion. Plus tard, dans la même aire, on a constaté que le membre du personnel n'a pas respecté la séquence d'enfilage de l'EPI avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions quant aux gouttelettes et au contact.

5) Le même jour, un membre du personnel est entré dans l'aire touchée par l'éclosion et s'est rendu dans plusieurs chambres sans se laver les mains. On l'a vu aider deux personnes résidentes en portant les mêmes gants jetables et constaté qu'il ne s'est pas lavé les mains avant et après le contact avec la personne résidente. On l'a ensuite vu sortir de l'aire touchée par l'éclosion et y revenir sans se laver les mains.

6) Le même jour, un autre membre du personnel est sorti de la chambre d'une personne résidente, a interagi avec une autre personne résidente dans le couloir et ne

s'est pas lavé les mains après être sorti de la chambre ou avant d'interagir avec la personne résidente à l'extérieur de la chambre. On a ensuite vu le membre du personnel sortir de l'aire touchée par l'éclosion avec un autre membre du personnel, et ni l'un ni l'autre ne s'est lavé les mains.

7) On a vu deux membres du personnel entrer dans l'aire touchée par l'éclosion sans se laver les mains, et ce, à plusieurs reprises, et on a également vu l'un de ces membres du personnel sortir de l'aire en question sans se laver les mains.

8) Plus tard le même jour, deux autres membres du personnel sont entrés dans l'aire touchée par l'éclosion sans se laver les mains.

Les mauvaises pratiques du personnel en matière d'hygiène des mains lors d'une éclosion confirmée ont augmenté le risque de propagation des infections dans le foyer. En outre, le non-respect par le personnel des exigences en matière d'EPI, notamment le choix de l'EPI approprié et le respect de la séquence d'enfilage et de retrait de l'équipement, peut avoir compromis les efforts de lutte contre les infections du foyer de soins de longue durée.

Sources :

Démarches d'observation; examen du rapport du SIC, des affiches dans les aires réservées aux personnes résidentes et des communications sur la santé publique du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

14 janvier 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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).

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] :

1. Offrir à deux membres du personnel donnés une formation d'appoint sur les interventions prévues dans le programme de soins afin de réduire le risque de chutes.
2. Vérifier les interventions prévues dans le programme de soins en matière de chutes pour deux personnes résidentes une fois par jour pendant une semaine, notamment les interventions personnalisées qui figurent dans leurs programmes de soins.
3. Consigner dans un dossier les renseignements sur le contenu de la formation et les vérifications prévues aux points 1 et 2 de l'ordre, les dates de la formation, le nom et la signature des participants à la formation ainsi que le nom de la ou des personnes qui l'ont donnée.

Motifs

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce que l'on respecte les politiques élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la

politique de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management) du foyer, selon laquelle les membres du personnel doivent mettre en œuvre toutes les stratégies et interventions décrites dans le programme de soins des personnes résidentes.

1) Les notes d'enquête du foyer indiquent qu'à une date donnée, un membre du personnel a omis de mettre en place les interventions requises pour une personne résidente telles qu'elles sont décrites dans son programme de soins et que la personne a donc fait une chute ayant entraîné une blessure. Quelques semaines après l'incident, on a constaté à deux reprises qu'un membre du personnel a omis de mettre en œuvre les interventions requises.

L'omission, par les membres du personnel, de mettre en place les interventions de prévention des chutes prévues dans le programme de soins d'une personne résidente a exposé cette dernière à un risque de blessures en lien avec une chute.

Sources : Rapport du SIC; notes d'enquête du foyer; politique de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management policy, n° RC-15-01-01, révisée en mars 2023); démarches d'observation; entretiens avec les membres du personnel concernés.

2) Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une intervention spécifique pour réduire le risque de chute. À une date donnée où l'intervention n'a pas été mise en place, la personne résidente a fait une chute sans témoin qui a entraîné une blessure.

L'omission, par les membres du personnel, de mettre en place les interventions de prévention des chutes prévues dans le programme de soins d'une personne résidente a exposé cette dernière à un risque de blessures en lien avec une chute.

Sources : Rapport du SIC; dossiers cliniques de la personne résidente; politique de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management policy, n° RC-15-01-01, révisée en mars 2023); notes d'enquête du foyer; entretiens avec les membres du personnel concernés.

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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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^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

Toronto (Ontario) M7A 1N3

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.