

Rapport public

Date d'émission du rapport : 30 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1531-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Ville de Toronto

Foyer de soins de longue durée et ville : Bendale Acres, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22, 23 et 27 au 30 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 26 janvier 2026

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

– Signalements : n° 00159867 – IC n° M504-000053-25; n° 00167464 – IC n° M504-000003-26 et n° 00167275 – IC n° M504-000002-26 – Signalements en lien avec des allégations de mauvais traitements.

– Signalement : n° 00165683 – IC n° M504-000077-25 – Signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente.

– Signalement : n° 00165726 – IC n° M504-000076-25 – Signalement en lien avec l'éclosion d'une maladie infectieuse.

– Signalement : n° 00167544 – IC n° M504-000004-26 – Signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente.

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur une plainte :

– Signalement : n° 00168705 – Signalement en lien avec une plainte concernant des préoccupations liées à de mauvais traitements.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

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

Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Une personne résidente qui avait besoin d'aide pour accomplir une activité de la vie quotidienne a subi une blessure au cours de l'activité en question.

Sources : Examen des dossiers cliniques d'une personne résidente; rapport d'IC n° M504-000004-26; politique du foyer sur les postures et l'équipement d'aide à la mobilité (n° HS-0311-06; Body Mechanics-Mobile Equipment Policy), révisée pour la dernière fois le 1^{er} décembre 2017; entrevues avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une ou un chef des services infirmiers.

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 déjà adopté des comportements réactifs lorsqu'elle recevait des soins personnels. Ainsi, selon son programme de soins, les membres du personnel devaient suivre des directives précises lorsqu'ils lui fournissaient ce type de soins. Toutefois, une PSSP a omis de respecter le programme de soins, ce qui a aggravé le comportement de la personne résidente.

Sources : Rapport d'IC n° M504-000003-26; notes d'enquête du foyer; programme de soins d'une personne résidente; entretiens avec une ou un chef des services infirmiers et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Selon la politique de prévention des chutes (falls prevention policy), lorsqu'une chute se produit, on doit effectuer une évaluation postérieure à la chute auprès de la personne concernée au cours du même quart de travail. Toutefois, après qu'une personne résidente eut fait une chute, une ou un IAA a omis de procéder à l'évaluation en question.

Sources : Politique de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management) du foyer, datée d'octobre 2025; évaluations effectuées auprès d'une personne résidente; entretiens avec une ou un IAA et une ou un chef des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) 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 :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des

évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Une personne résidente a commencé à adopter de nouveaux comportements réactifs. Toutefois, une ou un IAA a déclaré qu'elle ou il avait omis d'informer la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) de la situation et que, par conséquent, on avait omis d'évaluer ces nouveaux comportements réactifs et de mettre en œuvre des mesures d'intervention supplémentaires.

Sources : Examen des notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente; entretiens avec une ou un IAA, une personne responsable du Projet OSTC et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect de : l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

Selon la politique du foyer concernant les altercations et les interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes (Altercations and Potentially Harmful interactions between and among residents), après tout incident lié à des comportements réactifs, les membres du personnel devaient faire un renvoi vers la personne responsable du Projet OSTC et mettre en place un outil de surveillance du système d'observation de la démence. Toutefois, après avoir appris qu'une personne résidente avait eu une altercation avec une autre personne résidente, une ou un IAA a omis d'effectuer ces tâches.

Sources : Politique du foyer concernant les altercations et les interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes (Altercations and Potentially Harmful interactions between and among residents), datée de décembre 2024; examen des dossiers cliniques des personnes résidentes dans PointClickCare; entretien avec une ou un chef des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

A) Dans le cadre de son programme de prévention et de contrôle des infections (Infection Prevention and Control program), le foyer a élaboré une politique concernant l'obligation de porter un masque (en vigueur depuis le 3 décembre 2025). Toutefois, on a vu deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA) et une PSSP entrer en contact étroit avec des personnes résidentes, alors que leur masque ne couvrait pas leur nez.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et d'autres membres du personnel; note de service sur l'obligation de porter un masque (mandatory masking memo) et message sur la manipulation sécuritaire des masques (Safe Mask Handling post) du foyer.

B) Un autre jour, on a vu une PSSP qui ne portait pas masque alors qu'elle allait fournir des soins à une personne résidente.

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

AVIS ÉCRIT : Recyclage

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

Non-respect de : l'alinéa 260 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Recyclage

Paragraphe 260 (3) – Pour l'application du paragraphe 82 (6) de la Loi :

a) les évaluations qu'exige la disposition 1 de ce paragraphe sont effectuées au moins une fois par année.

L'administratrice ou l'administrateur a confirmé qu'elle ou il n'était pas en mesure de prouver que cinq membres du personnel ont bel et bien reçu une formation sur la politique du code bleu pour urgence médicale au foyer et les marches à suivre connexes (code blue emergency policy and procedures) en 2025.

Sources : Communication par courriel avec l'administratrice ou l'administrateur; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1. vi. du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
vi. les urgences médicales.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller au respect des politiques écrites élaborées pour faire face aux urgences médicales dans le cadre de ses plans de mesures d'urgence.

Plus précisément, selon la politique du foyer pour faire face aux urgences médicales (medical emergency policy), les membres du personnel doivent déclencher un code bleu en cas d'incident médical grave. Toutefois, après qu'une personne résidente eut

subi une urgence médicale grave, une ou un gestionnaire a déclaré que l'on avait omis de déclencher un code bleu lors de cet incident.

Sources : Politique du foyer pour les arrêts cardiorespiratoires et les urgences médicales – CODE BLEU (Cardiopulmonary Arrest / Medical Emergency – CODE BLUE), datée de juin 2025; entretiens avec une ou un gestionnaire et d'autres membres du personnel; notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente.

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)] :

Élaborer une analyse approfondie des actions ou inactions du foyer susceptibles d'avoir contribué au risque qu'une personne résidente subisse de mauvais traitements de la part d'autres personnes.

Cette analyse doit comprendre :

- les mesures prises par le foyer;
- le recensement des lacunes dans la gestion de l'état de santé de la personne résidente par le foyer;
- le recensement des possibilités d'atténuer le risque que d'autres incidents semblables se produisent.

Il faut consigner dans un dossier les renseignements sur l'analyse et fournir celui-ci à l'inspectrice ou l'inspecteur, sur demande.

Motifs

Aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, les « mauvais traitements d'ordre physique » s'entendent de « l'usage de la force physique de la part d'une personne

autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

A) Une personne résidente a eu un incident avec une autre personne résidente. De plus, une personne en visite est intervenue, ce qui a entraîné la chute de l'une des personnes résidentes.

Puisque l'on a omis de protéger la personne résidente, celle-ci a subi une blessure et de la douleur.

Sources : Rapport d'IC n° M504-000002-26; entretiens avec une ou un chef des services infirmiers et d'autres membres du personnel.

B) Une personne résidente s'est plainte qu'une PSSP avait fait preuve de rudesse envers elle. De plus, la personne résidente s'est plainte de douleurs, mais elle ne présentait pas de blessure.

Puisque l'on a omis de protéger la personne résidente, celle-ci a subi de la douleur.

Sources : Notes d'enquête du foyer; notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente; entretiens avec une ou un chef des services infirmiers et d'autres membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 11 mars 2026.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 001)

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée pour les raisons suivantes : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même

exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

Historique de la conformité :

Le 25 novembre 2025, on a rédigé un avis écrit à ce sujet dans le cadre de l'inspection n° 2025-1531-0007.

Le 4 mars 2025, on a rédigé un avis écrit à ce sujet dans le cadre de l'inspection n° 2025-1531-0002.

Le 11 mai 2023, on a délivré un ordre de conformité (OC) à ce sujet dans le cadre de l'inspection n° 2023-1531-0001.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

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.