

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

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 23 octobre 2025

Date d'émission du rapport initial : 3 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1421-0003 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Copernicus Lodge

Foyer de soins de longue durée et ville : Copernicus Lodge, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport a été modifié en raison de changements administratifs. Le non-respect de conformité rectifié et le problème de conformité n° 003 sont inclus dans ce rapport à titre de référence.

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

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 23 octobre 2025

Date d'émission du rapport initial : 3 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1421-0003 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Copernicus Lodge

Foyer de soins de longue durée et ville : Copernicus Lodge, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Ce rapport a été modifié en raison de changements administratifs. Le non-respect de conformité rectifié et le le problème de conformité n° 003 sont inclus dans ce rapport à titre de référence.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 12, du 15 au 19, du 24 au 26 et le 29 septembre 2025 et le 1^{er} et 3 octobre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : le 23 septembre 2025.

Les signalements suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un système de rapport d'incidents critiques :

Les signalements : n° 00152611 (système de rapport d'incidents critiques n° 2025-0000036/2937-000025-25), n° 00153665 (système de rapport d'incidents critiques n° 2937-000029-25) et n° 00157766 (système de rapport d'incidents n° 2937-000032-25) liés à la prévention et à la gestion des chutes.

Le signalement : n° 00155106 (système de rapport d'incidents critiques n° 2937-

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

000031-25) lié à de multiples préoccupations de soins prodigués aux personnes résidentes.

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

Soins liés à l'incontinence
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

Non-respect de conformité rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 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 :

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures d'intervention de prévention des chutes soient mises en œuvre pour une personne résidente.

Lors d'une observation, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que les mesures d'intervention de prévention des chutes n'avaient pas été mises en œuvre pour une personne résidente. Le personnel a pris acte des observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice et a immédiatement mis en œuvre les mesures d'intervention de prévention des chutes.

Ces mesures d'intervention présentaient un faible risque pour la personne résidente puisqu'un membre du personnel se trouvait à ses côtés.

Sources : observation d'une personne résidente, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : à une date déterminée.

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 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;

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent entre eux de sorte que leurs évaluations soient intégrées les unes aux autres, compatibles et complémentaires.

Un jour de septembre 2025, une personne résidente a fait une chute qui l'a blessée.

La politique du foyer demande à l'infirmier ou à l'infirmière d'aiguiller les personnes résidentes vers la physiothérapie.

Un ou une physiothérapeute (pht.) a indiqué qu'il ou elle n'avait pas reçu d'aiguillage après la chute d'une personne résidente. Un infirmier ou une infirmière a reconnu qu'il ou elle n'avait pas collaboré avec le ou la physiothérapeute lorsqu'il ou elle n'avait pas envoyé d'aiguillage.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; politique NO-16 concernant le programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program) (dernière révision en avril 2024); entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect de : l'alinéa 11 (1) b) de la LRSLD (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

b) un programme structuré de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme au programme de soins infirmiers et de services personnels du foyer en ce qui concerne le temps de réponse des sonnettes d'appel pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites établies pour les services infirmiers et services personnels soient respectées.

Plus précisément, la politique du foyer en matière de sonnettes d'appel n'a pas été respectée en ce qui concerne la réponse aux sonnettes d'appel dans un délai précis. La politique précise également que si le personnel n'est pas en mesure de répondre pleinement à la demande dans ce délai en raison de priorités concurrentes ou de demandes de soins, il doit s'entretenir avec la personne résidente pour accuser réception de l'appel, en évaluer l'urgence et la rassurer.

Une personne résidente a indiqué que le personnel ne répondait pas en temps voulu à sa sonnette d'appel pendant certaines périodes. L'examen de la réponse à la sonnerie d'appel d'une personne résidente pour des périodes précises a révélé que la sonnerie d'appel avait retenti plusieurs fois au-delà du délai de réponse prévu par le foyer. Deux membres du personnel ont reconnu que la politique du foyer en matière de sonnette d'appel n'avait pas été respectée lorsque la sonnette d'appel d'une personne résidente n'avait pas été activée dans le délai imparti, conformément à la politique du foyer.

Sources : politique du foyer relative à l'utilisation du téléavertisseur (NO-04, dernière révision en mars 2024); registres des appels des personnes résidentes; dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec les membres du personnel.