

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Toronto

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

v

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1079-0005

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (n° 1) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Craiglee Nursing Home, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14 au 17 octobre 2025

L'inspection concernait les incidents critiques (IC) suivants :

- Dossiers : n° 00155565 [IC n° 2503-000053-25] et n° 00156886 [IC n° 2503-000058-25] – Dossiers en lien avec des chutes
- Dossier : n° 00156916 [IC n° 2503-000059-25] – Dossier en lien avec l'administration des médicaments

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

Gestion des médicaments

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Intégration des soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Toronto

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel collaborent à la mise en œuvre d'une mesure d'intervention auprès d'une personne résidente, tel que le précisait le programme de soins de cette dernière. En effet, on a vu une personne résidente alors que la mesure d'intervention en question n'était pas en place. Des membres du personnel ont confirmé que l'on aurait dû mettre en œuvre la mesure d'intervention auprès de la personne résidente. En outre, ils ont également confirmé qu'ils avaient omis de mettre en œuvre cette mesure et d'informer les membres du personnel autorisé de la situation, comme le prévoit pourtant la marche à suivre du foyer.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; démarches d'observation auprès de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.