

Ministère des Soins de longue durée

District de Toronto

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 23 septembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1228-0004**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Harold and Grace Baker Centre**Foyer de soins de longue durée et ville :** Harold and Grace Baker Centre, Toronto**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 17, 18, 19, 22 et 23 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00154900 – [Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC)] : n° 2732-000029-25/2732-000030-25 – Dossier en lien avec des soins fournis de manière inappropriée

- Dossier : n° 00156386 – Plainte – Dossier en lien avec des chutes fréquentes

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

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Programme de 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).

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

Non-respect du : 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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente conformément au programme.

(i) La personne résidente a fait une chute et son programme de soins faisait part de deux interventions spécifiques en tant que mesures de prévention des chutes. Cependant, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a déclaré que la personne résidente ne bénéficiait pas de ces interventions.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation; entretien avec l'IAA.

(ii) Une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. Le programme de soins demandait l'utilisation d'une intervention spécifique en tant que mesure de prévention des chutes. Cependant, la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré qu'elle n'avait pas mis en œuvre l'intervention tel que le précisait le programme de soins.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation; entretien avec la PSSP et l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA).

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : alinéa 6(9)1 de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(9) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit documentée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

On n'a trouvé, dans le dossier de la personne résidente au sein du système de points de service, aucun document produit par la PSSP responsable de la personne; la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'aucun document de ce type ne s'y trouvait.

Sources : Dossier de la personne résidente au sein du système de points de service; entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 6(10)b) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente soit révisé lorsque les soins qui y étaient prévus ont cessé d'être nécessaires.

Le programme de soins de la personne résidente exigeait une intervention spécifique, ce qui a été confirmé par l'inspectrice ou l'inspecteur. Après que la personne résidente eut fait une chute et subi une blessure, la ou le physiothérapeute a recommandé de retirer l'intervention, car elle présentait un risque pour la personne. L'IA a reconnu que les membres du personnel autorisé étaient responsables de mettre à jour le programme de soins et a confirmé que celui-ci n'avait pas été mis à jour en fonction de ce changement.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; programme de soins de la personne résidente et notes sur l'évolution de la situation à propos de celle-ci; entretiens avec la ou le physiothérapeute et l'IA.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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 :

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 a omis de veiller à ce qu'un programme interdisciplinaire de prévention et de gestion des chutes soit élaboré et mis en œuvre au foyer afin de diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, la politique de prévention des chutes et de diminution des blessures du foyer indique que la sécurité des personnes résidentes est une priorité absolue et que l'objectif principal du foyer est de réduire le nombre de chutes, ainsi que la gravité et les conséquences de celles-ci, en veillant notamment à ce que les personnes résidentes bénéficient d'interventions appropriées. Toutefois, on a omis de respecter cette politique dans le cas d'une personne résidente.

La personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. L'IA qui a été témoin de l'incident a déclaré qu'une intervention spécifique indiquée dans le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mise en place, ce qui a contribué à la perte d'équilibre chez la personne. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la personne résidente possédait plusieurs versions du même appareil servant d'intervention; la ou le physiothérapeute avait confirmé qu'aucune de ces versions n'était sécuritaire. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir la preuve que l'intervention spécifiée avait été mise en œuvre.

Sources : Politique du foyer de soins de longue durée sur la prévention des chutes et la diminution des blessures (CARE5-P10, dernière révision le 31 mars 2024); dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IA, la ou le physiothérapeute et la ou

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto (Ontario) M2M 4K5

District de Toronto

Téléphone : 866-311-8002

le DSI.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 108(2)c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que soit conservé, au foyer, un dossier indiquant le type de mesures prises pour régler une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire.

Le foyer de soins de longue durée n'a pas été en mesure de fournir de documentation sur les mesures prises, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire, concernant la plainte reçue au sujet des soins fournis à une personne résidente. La directrice générale ou le directeur général (DG) a reconnu qu'il n'y avait pas de dossier documenté, déclarant que bien qu'on ait visionné la vidéo et examiné les notes sur l'évolution de la situation, on n'avait pas documenté les mesures en question.

Sources : Registre des plaintes du foyer de soins de longue durée; entretien avec la ou le DG.