Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée **District de Toronto**
Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5e étage
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 28 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1337-0001

Type d'inspection :
Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Kensington Health Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : The Kensington Gardens, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 23 et 26 au 28 janvier 2026
L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 27 janvier 2026

L'inspection concernait la plainte suivante :
- Signalement : nº 00161283 – Signalement en lien avec des blessures de cause inconnue

L'inspection concernait les incidents critiques (IC) suivants :
- Signalement : nº 00161103 [IC : 2852-000181-25] – Signalement en lien avec une chute ayant entraîné une blessure
- Signalement : nº 00161159 [IC : 2852-000180-25] – Signalement en lien avec des blessures de cause inconnue
- Signalement : nº 00161820 [IC : 2852-000182-25] – Signalement en lien avec des soins fournis de manière inappropriée

L'inspection concernait les signalements de suivi ci–après :
- Signalements : nº 00158843 et nº 158845 – Suivis d'un ordre de conformité hautement prioritaire en lien avec un programme de soins
- Signalement : nº 00158844 – Suivi d'un ordre de conformité hautement prioritaire en lien avec l'obligation de protéger
- Signalement : nº 00158846 – Suivi d'un ordre de conformité hautement prioritaire en lien avec les plans de mesures d'urgence
- Signalement : nº 00161864 – Suivi d'un ordre de conformité en lien avec les techniques de transfert et de changement de position

L'inspection concernait :
- Signalement : nº 00166363 – Signalement en lien avec une chute ayant entraîné une blessure

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 nº 002 de l'inspection nº 2025-1337-0005 en lien avec le paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)
Ordre nº 003 de l'inspection nº 2025-1337-0005 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)
Ordre nº 001 de l'inspection nº 2025-1337-0005 en lien avec l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)
Ordre nº 004 de l'inspection nº 2025-1337-0005 en lien avec le sous–alinéa 268 (4) 1 vi du Règl. de l'Ont. 246/22
Ordre nº 002 de l'inspection nº 2025-1337-0006 en lien avec l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 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).

Dans le programme de soins d'une personne résidente, on indiquait qu'un appareil devait être mis en place et que celui-ci devait fonctionner lorsque la personne était assise, et ce, en tant qu'intervention de prévention et de gestion des chutes.

L'inspectrice ou l'inspecteur et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) ont vu la personne résidente assise dans la salle à manger. L'IA a indiqué que l'appareil requis n'était pas en place et ainsi, qu'il ne fonctionnait pas.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; démarche d'observation; entretien avec une ou un IA.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect du : paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22
Planification des menus
Paragraphe 77 (5) – Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 390 (1).

Lors du service d'un repas en particulier, on a omis de proposer à une personne résidente les choix indiqués au menu personnalisé pour celle-ci. Ainsi, la personne a refusé de prendre son repas.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des personnes préposées aux services de soutien personnel et d'autres membres du personnel.