

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1594-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Ville de Toronto

Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeshore Lodge, Etobicoke

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22 et 27 au 30 janvier 2026, ainsi que 2 au 6 et 9 février 2026

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

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur un incident critique (IC) :

– Signalement n° 00165070/IC n° M595-000022-25 – Signalement en lien avec un décès inattendu

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

– Signalement n° 00167262 – Signalement en lien avec des préoccupations relatives à la notion de foyer sûr et sécuritaire

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Foyer sûr et sécuritaire

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) 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 :

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.

Une ou un ergothérapeute et une ou un physiothérapeute ont indiqué qu'une personne résidente avait besoin d'une intervention en particulier. Cependant, les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont omis de mettre en œuvre l'intervention ainsi recommandée par les membres du personnel de réadaptation.

L'équipe interdisciplinaire a omis de prendre part à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'intervention dont avait besoin la personne résidente.

Sources : Entretiens avec la personne résidente, la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente, les PSSP, la ou le physiothérapeute, la ou le chef des services infirmiers, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la ou le gestionnaire de compte du fournisseur de lits; directives du fabricant concernant les lits; dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer en matière de soins de la peau ainsi que de prévention et de gestion des plaies (Skin Care and Wound Prevention and Management).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Une personne résidente est décédée au foyer; ce décès était inattendu. Cependant, le foyer a omis d'informer immédiatement la directrice ou le directeur du décès de la personne.

Sources : Rapport d'incident critique; entretiens avec l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et la ou le DSI.