

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

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 ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 21 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1390-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : 2063414 Investment LP, par son partenaire général, 2063414 Ontario Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Fieldstone Commons Community, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12 au 14 et 17 au 21 novembre 2025

On a examiné les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques :

- Signalement : n° 00156712 [incident critique (IC) : n° 2906-000021-25]; signalement : n° 00159865 [IC : n° 2906-000029-25]; signalement : n° 00160884 [IC : n° 2906-000032-25]; signalement : n° 00161270 [IC : n° 2906-000033-25] – Signalements en lien avec des chutes faites par des personnes résidentes ayant entraîné des blessures

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

Prévention et gestion des chutes

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

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 ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

District de Toronto

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.

Les membres du personnel qui participaient à la prestation de soins à une personne résidente ont omis de collaborer à l'évaluation de celle-ci de manière à ce que leurs évaluations soient compatibles les unes avec les autres et se complètent. En effet, la personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure. Selon deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), au moment de la chute, il y avait en place, auprès de la personne résidente, une intervention qui n'était pas prévue dans son programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec deux PSSP et la personne responsable de la prévention des chutes.

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 du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

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.

On a omis de fournir à une personne résidente les soins prévus dans son programme de soins conformément au programme. En effet, selon le programme de soins de la personne résidente, les membres du personnel devaient placer l'appareil de celle-ci à sa portée. Cependant, lors d'une démarche d'observation, on a vu que l'appareil n'était pas à la portée de la personne alors que celle-ci était dans sa chambre, assise dans son fauteuil roulant.

Sources : Démarches d'observation faites par l'inspectrice ou l'inspecteur; examen du

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 ON M2M 4K5

District de Toronto
Téléphone : 866-311-8002

programme de soins de la personne résidente; entretien avec une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 – 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).

On a omis de mettre en œuvre une intervention qui figurait à titre de stratégie de prévention des chutes dans le programme de soins écrit d'une personne résidente.

Lors d'une démarche d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que l'intervention en question n'était pas en place tandis que la personne résidente était assise dans son fauteuil roulant. Une PSSP a confirmé qu'il fallait mettre l'intervention en place lorsque la personne se trouvait dans son fauteuil roulant.

Sources : Démarche d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur dans la chambre de la personne résidente; examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une PSSP et la personne responsable de la prévention des chutes.