

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> 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 :** 5 novembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1299-0007

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** St. Demetrius (Ukrainian Catholic) Development Corporation

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Ukrainian Canadian Care Centre,  
Etobicoke

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 au 31 octobre 2025, ainsi que 3 au 5 novembre 2025

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des plaintes :

- Signalement : n° 00157379 – Signalement en lien avec une blessure de cause inconnue, de même que la négligence en rapport avec des soins
- Signalement : n° 00157671 – Signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée, de même que la négligence en rapport avec des soins

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques (IC) :

- Signalement : n° 00154091 – IC n° 2809-000017-25 – Signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée, de même que la prévention et la gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Signalement : n° 00155424 – IC n° 2809-000019-25 – Signalement en lien avec la prévention des mauvais traitements d'ordre physique et de la négligence
- Signalement : n° 00158404 – IC n° 2809-000021-25 – Signalement en lien avec la prévention et la gestion des chutes

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion des chutes

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : la disposition 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 l'on consigne la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente. En effet, selon les dossiers, une personne résidente a reçu une fois de l'aide de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) afin d'accomplir une activité de la vie quotidienne. Toutefois, la PSSP a indiqué qu'elle avait fourni de l'aide à plusieurs reprises au cours du quart de travail en question, mais qu'elle ne l'avait pas consignée. La PSSP a consigné l'aide qu'elle a apportée à la personne résidente à une date ultérieure.

**Sources** : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la PSSP.

Date de mise en œuvre de la rectification : 4 novembre 2025

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – 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<sup>e</sup> étage  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD**

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel qui fournissaient des soins à une personne résidente collaborent.

i) La personne résidente a subi une blessure alors qu'on l'aidait à accomplir une activité de la vie quotidienne. Deux PSSP ont remarqué que la personne résidente présentait des signes de blessure. Toutefois, elles ont omis de signaler l'incident aux membres du personnel infirmier autorisé, afin que ces derniers surveillent la personne résidente et évaluent son état.

ii) La personne résidente a informé deux PSSP qu'elle avait subi une blessure alors qu'on l'aidait à accomplir une activité de la vie quotidienne. Toutefois, les PSSP ont omis de signaler l'incident aux membres du personnel infirmier autorisé, afin que ces derniers surveillent la personne résidente et évaluent son état. Lors du quart de travail suivant, on a vu que la personne résidente avait une blessure.

La dirigeante principale ou le dirigeant principal de l'équipe clinique a confirmé que les PSSP auraient dû informer les membres du personnel infirmier autorisé de chaque incident.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec la dirigeante principale ou le dirigeant principal de l'équipe clinique.

**AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

**District de Toronto**

**Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une PSSP utilise des techniques de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente qui avait besoin d'un niveau d'aide précis pour accomplir une activité de la vie quotidienne. En effet, la PSSP a aidé la personne résidente à accomplir une activité de la vie quotidienne sans lui fournir le niveau d'aide dont elle avait besoin; ainsi, la personne résidente a subi une blessure.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; politique du foyer sur la marche à suivre pour les lève-personnes et les transferts dans le cadre du programme visant à réduire au minimum les démarches de levage (RCS 6-5-5 Minimal Lift Program Procedures for Lifts and Transfers); entretien avec la dirigeante principale ou le dirigeant principal de l'équipe clinique.

## **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on fournisse une réponse à l'auteur d'une plainte dans les 10 jours ouvrables qui ont suivi la réception de la plainte. En

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

**District de Toronto**

effet, le foyer de soins de longue durée a reçu une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente. Toutefois, aucune réponse n'a été fournie à l'auteur de la plainte dans les 10 jours ouvrables qui ont suivi la réception de celle-ci.

**Sources** : Plainte écrite; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), la dirigeante principale ou le dirigeant principal de l'équipe clinique et la ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité, de la formation et du développement organisationnel.

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**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 l'on conserve au foyer un dossier indiquant le type de mesures prises pour régler une plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire. En effet, le foyer de soins de longue durée a reçu une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente. Toutefois, on a omis de conserver au foyer un dossier indiquant le type de mesures prises pour régler la plainte, y compris la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi requis.

**Sources** : Plainte écrite; entretiens avec la ou le DSI, la dirigeante principale ou le dirigeant principal de l'équipe clinique et la ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité, de la formation et du développement organisationnel.