

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1453-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Broadview Foundation

Foyer de soins de longue durée et ville : Chester Village, Toronto

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 8, 11, 12 et 14 août 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 13 août 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00151664 – Dossier en lien avec des soins fournis de manière inappropriée à une personne résidente et des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

- Dossier : n° 00148028 – Incident critique n° 2970-000015-25 – Dossier en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Dossier : n° 00150451 – Incident critique n° 2970-000016-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Dossier : n° 00153815 – Incident critique n° 2970-000020-25 – Dossier en lien avec une blessure de cause inconnue

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **non-respect** 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 les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 6(1)a) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus pour une personne résidente figurent dans le programme de soins écrit de cette personne.

On a mis en place une intervention de prévention des chutes et d'atténuation des blessures pour une personne résidente après que celle-ci a fait une chute. Toutefois, cette intervention n'avait pas été consignée dans le programme de soins écrit de la personne résidente au moment des démarches d'observation. On a mis à jour le programme de soins après que l'omission a été relevée et portée à l'attention du foyer.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; rapport du Système de rapport d'incidents critiques; entretiens avec des membres du personnel.

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 du : paragraphe 6(7) de la LRSLD

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Toronto

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

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 qu'on mette en œuvre une intervention de prévention des chutes tel que le précisait le programme de soins de la personne résidente.

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que l'on n'avait pas mis en place l'intervention de prévention des chutes appropriée pour la personne résidente. Selon le programme de soins de la personne résidente, les membres du personnel devaient s'assurer que l'intervention de prévention des chutes était en place. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que l'intervention n'était pas en place et a reconnu qu'elle aurait dû l'être conformément au programme de soins de la personne résidente.

Sources : Démarches d'observation; programme de soins de la personne résidente; entretiens avec la PSSP et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins relativement à l'élimination prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à celle-ci conformément au programme.

Le programme de soins indique que la personne résidente a besoin d'un niveau d'aide spécifique pour aller à la toilette. Cependant, l'enquête interne du foyer a confirmé qu'une PSSP n'a pas fourni le niveau d'aide indiqué. La PSSP a reconnu ne pas avoir suivi le programme de soins de la personne résidente en ce qui concerne la toilette.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; examen des notes d'enquête sur l'incident; entretien avec la PSSP.

AVIS ÉCRIT : TRANSFERT ET CHANGEMENT DE POSITION EN TOUTE SÉCURITÉ

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

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Toronto

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

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 que la PSSP utilise des appareils et des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente.

La politique du foyer en matière d'appareils de levage et de transfert stipule qu'un nombre spécifique de membres du personnel doivent être présents lorsque l'on utilise un équipement donné pour le transfert d'une personne résidente. L'enquête interne du foyer a confirmé que la PSSP a utilisé l'équipement pour procéder au transfert de la personne résidente sans que le nombre indiqué de membres du personnel soient présents. La PSSP a reconnu avoir effectué un transfert dangereux.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; examen des notes d'enquête sur l'incident; politique en matière d'appareils de levage et de transfert; entretien avec la PSSP.

AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES

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

Non-respect du : paragraphe (54)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que [...] une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel suivent le programme de prévention et de gestion des chutes, ce qui a entraîné la chute d'une personne résidente.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce qu'on élabore des politiques et des protocoles pour le programme de

prévention et de gestion des chutes, puis à ce que ces politiques et protocoles soient respectés.

La politique de prévention des chutes du foyer précise qu'après une chute, les membres du personnel autorisé doivent procéder à une évaluation à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique. Cependant, on n'a réalisé aucune évaluation après la chute d'une personne résidente.

Sources : Politique du programme de prévention et de gestion des chutes; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN

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

Non-respect de : l'alinéa 96(2)g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

g) la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les résidents ne dépasse pas 49 degrés Celsius et est contrôlée par un dispositif de régulation de la température qui se trouve hors de la portée des résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la température de l'eau ne dépasse pas 49 degrés Celsius.

À plusieurs reprises, la température de l'eau chaude dans l'unité documentée par les membres du personnel autorisé a dépassé 49 degrés Celsius. La personne responsable des services environnementaux a reconnu que les membres du personnel n'avaient pas signalé les températures élevées, ce qui exposait les personnes résidentes à un risque de brûlure.

Sources : Registres des températures de l'eau chaude; entretien avec la personne responsable des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Toronto

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866-311-8002

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 96(2)h) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

h) des mesures immédiates sont prises pour abaisser la température de l'eau lorsque celle-ci dépasse 49 degrés Celsius.

Le titulaire de permis a omis de prendre des mesures immédiates lorsque la température de l'eau a dépassé 49 degrés Celsius.

À plusieurs reprises, la température de l'eau chaude dans l'unité documentée par les membres du personnel autorisé a dépassé 49 degrés Celsius. Malgré cela, le foyer n'a pris aucune mesure corrective. La personne responsable des services environnementaux a confirmé qu'aucune mesure n'avait été prise pour abaisser les températures élevées de l'eau.

Sources : Registres des températures de l'eau chaude; entretien avec la personne responsable des services environnementaux.