

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 (Ontario) M2M

4K5

Téléphone : 866-311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 6 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1453-0005

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Broadview Foundation

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

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 25 et 26 septembre 2025, ainsi que 1^{er} au 3 octobre et 6 octobre 2025

On a traité les dossiers suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques : - Dossier : n° 00155724/incident critique (IC) n° 2970-000022-25; dossier : n° 00157405/IC n° 2970-000023-25 – Dossiers en lien avec la prévention et la gestion des chutes

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 aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*.

Non-respect du : paragraphe 6(7) de la LRSLD

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.

Ministère des Soins de longue durée

District de Toronto

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 (Ontario) M2M
4K5

Téléphone : 866-311-8002

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

Une personne résidente a fait une chute alors qu'elle tentait de se déplacer à l'aide d'un appareil d'aide à la mobilité et elle a subi une blessure. La personne résidente devait faire l'objet d'une supervision et d'une surveillance de la part des membres du personnel lorsqu'elle se déplaçait. Cependant, aucun membre du personnel ne surveillait la personne au moment de l'incident.

Sources : Examen de l'enregistrement de l'incident sur la vidéo de surveillance;
entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.