



durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1096-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Heritage Nursing Homes Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Heritage Nursing Home, Toronto

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place à la date suivante : les 6 au 8, 11, 12, 14 août 2025

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : le 13 août 2025

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un incident critique :

- Le dossier : n° 00149798 – [Incident critique : 2582-000017-25] – concernant l'éclosion d'une maladie.
- Les dossiers : n° 00150310 – [Incident critique : 2582-000018-25] et n° 00150652 [Incident critique : 2582-000019-25] – concernant la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : n° 00151945 – [Incident critique : 2582-000020-25] – lié à 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

Prévention et contrôle des infections

Prévention et gestion des chutes



durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la 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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Une personne résidente a fait une chute au cours d'un quart de travail. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a trouvé la personne résidente et l'a transférée elle-même. La PSSP n'a pas signalé la chute à l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) en service pendant leur quart de travail. La personne résidente s'est plainte de douleurs au cours du quart de travail suivant et a signalé la chute à un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA). La personne résidente a ensuite été transférée à l'hôpital où on lui a diagnostiqué une blessure.

**durée****Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

L'IAA et l'IA ont tous deux reconnu que la personne résidente aurait dû être évaluée par le personnel infirmier autorisé immédiatement après sa chute et avant d'être transférée par la PSSP.

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement la chute a retardé l'évaluation de la personne résidente et la mise en place d'un traitement et de mesures d'intervention adaptées, ce qui a accru le risque de préjudice auprès de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP, un ou une IAA et un ou une IA.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 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 n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente. La personne résidente avait besoin d'un certain niveau d'aide avec un dispositif de transfert. À une date précise, une PSSP a transféré une personne résidente en utilisant le dispositif de transfert à l'aide d'un niveau d'aide différent.

Sources : dossier médical de la personne résidente et entretiens avec la PSSP et le



durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation soit effectuée après la chute sans témoin d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait avoir en place et faire respecter un programme de prévention et de gestion des chutes prévoyant des stratégies de surveillance des personnes résidentes. Plus précisément, le personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer pour entreprendre une évaluation d'un type de chute. Les dossiers d'évaluation d'une personne résidente ont révélé que l'évaluation n'avait pas été entamée à une date antérieure au transfert de celle-ci à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (révisée en août 2024) et entretien avec un ou une IA.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

**durée****Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression, et le recours à des interventions efficaces en la matière.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation complète soit effectuée pour deux personnes résidentes à leur retour de l'hôpital.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit avoir en place et faire respecter un programme de soins de la peau et des plaies prévoyant des stratégies visant à promouvoir l'intégrité épidermique. Plus précisément, le personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique du programme de soins de la peau et des plaies du foyer pour effectuer une évaluation après le retour de la personne résidente de l'hôpital.

(i) Une personne résidente a fait une chute et a été transférée à l'hôpital pour un examen plus approfondi. Le dossier d'évaluation de la personne résidente a révélé que l'évaluation précisée n'a pas été réalisée après son retour de l'hôpital.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique du programme de gestion de la peau et des plaies du foyer (révisée en décembre 2024) et entretien avec un ou une IAA.

(ii) Une personne résidente a été transférée à l'hôpital pour une évaluation plus

**durée****Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

approfondie d'une blessure. Le dossier d'évaluation de la personne résidente a révélé que l'évaluation précisée n'a pas été réalisée après son retour de l'hôpital.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique du programme de gestion de la peau et des plaies du foyer (révisée en décembre 2024) et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur ou la directrice soit respectée.

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 (f) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP porte l'équipement de protection individuelle (EPI) requis lorsqu'elle a été aperçue alors qu'elle entrait dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, sans porter l'EPI requis.

Sources : observations et entretiens avec une PSSP.