

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 4 avril 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1562-0003

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Ville de Toronto

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Kipling Acres, Etobicoke

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 13 et 14, du 18 au 21, du 24 au 28 et le 31 mars 2025 ainsi que du 1<sup>er</sup> au 4 avril 2025

L'inspection concernait les dossiers du système de rapport d'incidents critiques suivants :

- Les dossiers : n° 00135876, n° 00138812, n° 00142196, n° 00142726, liés à la disparition d'une personne résidente.
- Le dossier n° lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : n° 00139027 et le dossier n° 00141582 liés à des éclosions de maladie.
- Le dossier : n° 00141092 lié à une allégation de mauvais traitements.

L'inspection concernait les dossiers de plaintes suivants :

- Le dossier : n° 00140434 lié aux normes relatives aux soins administrés à une personne résidente.
- Le dossier n° 00140732 lié à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.

Les dossiers du système de rapport d'incidents critiques suivants ont été traités :

- Le dossier : n° 00137527 et le dossier n° 00139725 liés à la chute de personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00139648 lié à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
- Le dossier n° 00141083 lié à un problème de soins administrés à une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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  
Comportements réactifs  
Rapports et plaintes  
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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une mesure d'intervention précise soit fournie à une personne résidente tel que le précise son programme de soins.

Une mesure d'intervention précise a été mise en place pour gérer le comportement réactif d'une personne résidente, mais elle n'a pas été mise en œuvre.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec les infirmiers autorisés ou les infirmières autorisées.

### AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice une allégation de mauvais traitements d'ordre physique envers une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 28 (1) 2 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* en vertu du paragraphe 154 (3), le titulaire de permis est responsable du fait d'autrui si les membres du personnel ne se conforment pas au paragraphe 28 (1).

Deux membres du personnel ont appris que la personne résidente avait prétendu avoir subi de mauvais traitements d'ordre physique, mais ils n'ont pas immédiatement signalé cette allégation au directeur ou à la directrice.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec les personnes préposées aux services de soutien personnel, infirmier ou infirmière gestionnaire et personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

*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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour gérer les comportements réactifs d'une personne résidente.

Une personne résidente présentait des comportements réactifs. Le programme de soins provisoire indiquait que le personnel devait fournir une mesure d'intervention précise, mais cette mesure n'a pas été mise en œuvre par le personnel.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel autorisé.