

Ministère des Soins de longue durée

District de Toronto

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 (Ontario) M2M

4K5

Téléphone : 866-311-8002

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 6 juin 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1562-0004

**Type d'inspection :**

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 : 29 et 30 mai 2025 et 2 au 6 juin 2025

L'inspection concernait :

- Dossiers : Entrée n° 00139497/incident critique (IC) n° M545-000011-25; entrée n° 00142919/IC n° M545-000027-25; entrée n° 00144916/IC n° M545-000030-25 – Entrées en lien avec des chutes sans témoin ayant entraîné une blessure
- Dossier : Entrée n° 00143944/IC n° M545-000029-25 – Entrée en lien avec une chute avec témoin ayant entraîné une blessure

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

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

Techniques de transfert et de changement de position

**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 (Ontario) M2M

4K5

Téléphone : 866-311-8002

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 les membres du personnel utilisent des appareils de transfert et de changement de position sécuritaires au moment de transférer manuellement une personne résidente qui avait fait une chute.

**Sources** : Dossiers du foyer; entretiens avec des membres du personnel.