



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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

District de Toronto

Rapport public

Date d'émission du rapport : 29 octobre 2025
Numéro d'inspection : 2025-1562-0008
Type d'inspection :
Incident critique
Titulaire de permis : Ville de Toronto
Foyer de soins de longue durée et ville : Kipling Acres, Etobicoke

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22 au 24 et 27 au 29 octobre 2025

L'inspection concernait :

Signalement : n° 00156711 – Incident critique (IC) n° M545-000063-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Signalement : n° 00157202 – IC n° M545-000068-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Signalement : n° 00158184 – IC n° M545-000072-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente 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 en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 5700, rue Yonge, 5^e étage
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

District de Toronto

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 les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider une personne résidente qui avait fait une chute.

i) Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ont tous deux soulevé manuellement une personne résidente du sol à la suite d'une chute. La ou le chef des services infirmiers a reconnu que l'IA et la PSSP avaient effectué un transfert non sécuritaire et qu'ils auraient dû utiliser un lève-personnes mécanique pour transférer le résident, conformément aux procédures du foyer.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, entretiens avec une ou un IA et la ou le chef des services infirmiers.

ii) Après la chute d'une personne résidente, les membres du personnel ont utilisé un dispositif de transport non sécuritaire pour transporter la personne résidente dans l'unité. La ou le chef des services infirmiers et la ou le physiothérapeute ont reconnu que la personne résidente aurait dû être transportée dans un fauteuil roulant portatif.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec une ou un IA, la ou le physiothérapeute et la ou le chef des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 002 –Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 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

**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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

District de Toronto

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 a omis de veiller à ce qu'un programme interdisciplinaire de prévention et de gestion des chutes soit mis en œuvre dans le foyer afin de diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer indiquait qu'il fallait avertir immédiatement le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien si un changement important de l'état de santé d'une personne résidente était constaté après une chute.

Toutefois, lorsqu'une personne résidente est tombée et que sa mobilité s'est modifiée, le médecin n'en a pas été informé. La ou le chef des services infirmiers a reconnu que le médecin aurait dû être prévenu lorsque les infirmières ou les infirmiers ont estimé que l'état ambulatoire de la personne résidente avait changé.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, entretiens avec une PSSP, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé, une ou un IA et la ou le chef des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 003 –Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :



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 ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe la directrice ou le directeur dans un délai d'un jour ouvrable d'un incident qui s'est traduit par une blessure chez une personne résidente, ainsi que du transport de celle-ci à l'hôpital, alors que la blessure avait entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne.

i) Lorsqu'une personne résidente a fait une chute qui a eu des conséquences néfastes sur sa santé et a entraîné un changement important de son état de santé, l'incident n'a pas été signalé à la directrice ou au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

Sources : Entretien avec la ou le chef des services infirmiers.

i) Lorsqu'une autre personne résidente a fait une chute qui a entraîné un changement important de son état de santé, l'incident n'a pas été signalé à la directrice ou au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

Sources : Entretien avec la ou le chef des services infirmiers.