



Rapport public

Date d'émission du rapport : 6 octobre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1379-0005**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Axium Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axium Extendicare LTC II GP Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Bay Ridges, Pickering

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23 au 26 et 29 septembre 2025, ainsi que 1^{er} au 3 et 6 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Deux dossiers en lien avec des soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente
- Un dossier en lien avec une chute sans témoin faite par une personne résidente
- Un dossier en lien avec une plainte concernant le décès inattendu d'une personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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'alinéa 28(1)1 de la LRSLD

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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incomptente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on fasse part immédiatement à la directrice ou au directeur de préoccupations concernant les soins fournis à une personne résidente.

Une personne a soumis au foyer un avis faisant état de plusieurs préoccupations concernant les soins fournis à une personne résidente. Par conséquent, le foyer devait soumettre un rapport d'incident critique (IC) au ministère des Soins de longue durée (MSLD). Toutefois, la directrice générale ou le directeur général a reconnu que le foyer avait omis de soumettre le rapport d'IC immédiatement.

Sources : Rapports d'IC; correspondance électronique; notes d'enquête du foyer de soins de longue durée; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le service de police et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(1).

Le titulaire de permis a omis de respecter le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. En effet, lors du processus d'admission d'une personne résidente au foyer, on a omis d'inclure les résultats de son évaluation des risques de chute, de même que les mesures d'intervention correspondantes, dans son programme de soins personnalisé. Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce que l'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes. Plus précisément, selon la politique correspondante du foyer, lorsqu'une personne résidente emménage, il faut procéder à une évaluation des risques de chute de cette personne, de même que des facteurs de risque, afin d'appuyer la rédaction de son programme de soins personnalisé.

Lors de son admission, une personne résidente a fait l'objet d'une évaluation. Selon les résultats de cette évaluation, celle-ci présentait un risque de chute; ainsi, on a recommandé certaines mesures d'intervention. Toutefois, ce n'est qu'après un incident qu'on a mis à jour le programme de soins de la personne résidente et le fichier d'enregistrement en y indiquant les mesures d'intervention recommandées et le risque connexe. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que les membres du personnel n'avaient pas accès à ces renseignements avant l'incident et qu'il était important que ceux-ci soient au courant de ces renseignements, afin qu'ils puissent veiller à la sécurité de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer en matière de prévention des chutes; marche à suivre du foyer pour la diminution des blessures; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible

dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

À une date donnée, le titulaire de permis a omis de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur le décès inattendu d'une personne résidente. Cette omission a été confirmée par la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers. En effet, ce n'est que dix jours plus tard que l'incident a fait l'objet d'un rapport d'IC.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.