

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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public

Date d'émission du rapport : 21 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1195-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Coleman Care Centre, Barrie

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 16, 17, 20 et 21 octobre 2025.

Cette inspection liée à un incident critique (IC) concernait :

– Le signalement : n° 00157342 concernant des soins liés à l'incontinence.

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

Soins liés à l'incontinence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 001 - Avis écrit en vertu de la disposition 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Non-respect de : l'alinéa 11 (1) a) de la LRSLD (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

a) un programme structuré de services infirmiers visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un programme structuré de services infirmiers visant à répondre aux besoins évalués d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'un programme structuré de services infirmiers soit respecté. Plus précisément, une marche à suivre de soins liés à l'incontinence.

Une personne résidente s'est vue prescrire un test diagnostique, mais le prélèvement de l'échantillon a été retardé. Lors de la collecte, un membre du personnel a suivi une étape qui n'était pas prévue dans la marche à suivre. La personne résidente a subi une blessure.

Sources : dossier médical de la personne résidente, politique du foyer (04-24), entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

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

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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on signale immédiatement au directeur ou à la directrice un décès inattendu d'une personne résidente.

Sources : rapport du système de rapport d'incidents critiques, notes d'évolution, entretien avec le personnel.