

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 14 mars 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1314-0002

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Finlandia Nursing Home Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Finlandia Hoivakoti Nursing Home,  
Sudbury

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 10 au 14 mars 2025

L'inspection concernait les dossiers suivants :

- Dossier en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente
- Dossier en lien avec la chute d'une personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTAT DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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 53(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

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 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 que, comme l'exige l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) respecte le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; en effet, la PSSP a omis de mettre correctement en œuvre l'une des interventions de prévention des chutes prévues dans le programme de soins d'une personne résidente.

**Sources** : Politique du foyer sur la prévention et la gestion des chutes, révisée pour la dernière fois le 5 juin 2024; évaluation d'une personne résidente après une chute et évaluation des risques de chute de cette personne résidente; entretiens avec une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

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

**Non-respect de : l'alinéa 58(4)a) 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 :

a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les comportements déclencheurs de deux personnes résidentes soient identifiés dans leur programme de soins.

**Sources** : Dossiers médicaux et programmes de soins de deux personnes résidentes;

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Nord**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

politique du foyer en matière de prévention et de traitement des comportements réactifs, révisée pour la dernière fois le 5 novembre 2024; entretiens avec une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel

## **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 du : sous-alinéa 115(5)4.i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(5) – Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :

i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un rapport d'incident critique fasse état des mesures immédiates prises pour éviter qu'un incident similaire ne se reproduise.

**Sources** : Rapport d'incident critique; politique du foyer concernant les rapports obligatoires au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, révisée pour la dernière fois le 30 octobre 2024; entretiens avec une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel