

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 10 décembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1133-0006

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Summit Place, Owen Sound

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1<sup>er</sup> au 5, ainsi que 9 et 10 décembre 2025

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur un incident critique :

– Signalement n° 00160933 – Signalement en lien avec la prévention et la gestion des chutes

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur une plainte :

– Signalement n° 00159223 – Signalement en lien avec une plainte concernant les soins fournis aux personnes résidentes, de même que le foyer sûr et sécuritaire

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

**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, 1<sup>er</sup> étage  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Une personne résidente a fait une chute sans témoin dans sa chambre. On a entrepris la routine de suivi des blessures à la tête. Cependant, on a omis de réaliser certaines des évaluations requises par la politique correspondante du foyer, selon laquelle il faut surveiller la personne résidente dans un tel cas pour détecter tout traumatisme crânien.

**Sources :** Dossiers cliniques; politique du foyer concernant les mesures à prendre après une chute (Post-Fall policy) [n° CARE9-P10.02]; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

**Non-respect de : la disposition 57 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.

On a omis, pendant la nuit, de réaliser une évaluation de la douleur auprès d'une personne résidente qui était revenue au foyer à la suite d'une hospitalisation.

**Sources :** Dossiers cliniques; entretien avec un membre du personnel; politique de gestion de la douleur du foyer (Pain Management policy) [n° CARE9-P10.02].

## **AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 108 (1) 3. i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Le foyer a reçu une plainte écrite concernant les soins fournis aux personnes résidentes. Cependant, dans la réponse fournie à l'auteur de la plainte, on a omis d'indiquer les coordonnées du ministère des Soins de longue durée et de l'ombudsman des patients, ce que demandait pourtant la politique du foyer à propos des préoccupations ou plaintes écrites.

**Sources :** Classeur des plaintes; politique du foyer à propos des préoccupations ou plaintes écrites (Written Concern or Complaint policy) [n° CARE19-P30.03]; entretien avec un membre du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 109 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

Paragraphe 109 (1) – La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

Le foyer a omis de transmettre immédiatement à la directrice ou au directeur une plainte alléguant un préjudice causé à des personnes résidentes ou un risque de

**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, 1<sup>er</sup> étage  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

préjudice pour ces personnes.

**Sources** : Politique du foyer à propos des préoccupations ou plaintes écrites (Written Concern or Complaint policy) [n° CARE19-P30.03]; entretien avec un membre du personnel.