

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1463-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Mill Creek Care Centre

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

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 11 au 14, 18 au 20, 22 ainsi que 25 au 27 août 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00149125, incident critique (IC) n° 2981-000042-25 – Dossier en lien avec une chute ayant entraîné une blessure
- Dossier : n° 00149872, IC n° 2981-000046-25 – Dossier en lien avec une blessure de cause inconnue

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

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

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect du : paragraphe 6(7) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à celle-ci conformément au programme.

Une personne résidente avait besoin d'une mesure d'intervention particulière qui n'avait pas été mise en place. Puis, lors d'une démarche d'observation ultérieure, on a constaté que cette mesure était en place.

Sources : Démarches d'observation auprès d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 26 août 2025

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect du : sous-alinéa 268(4)1.vi. du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268(4) – Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
- vi. les urgences médicales.

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect du plan de mesures d'urgence du foyer en ce qui concerne le transfert des personnes résidentes à l'hôpital. Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour les urgences médicales. Plus précisément, selon la politique sur le transfert à l'hôpital du foyer, si l'évaluation réalisée par un membre du personnel infirmier indiquait qu'une intervention médicale d'urgence était nécessaire, la ou le chef des services infirmiers ou le membre du personnel infirmier responsable pouvait prendre la décision de transférer la personne résidente

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

concernée à l'hôpital.

Le transfert d'une personne résidente à l'hôpital a été retardé.

Sources : Examen des dossiers cliniques d'une personne résidente; politique sur le transfert à l'hôpital; entretiens avec des membres du personnel.