

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public

Date de publication du rapport : 14 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1145-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, by its general partners
Extendicare LTC Managing II GP Inc. and Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Stoneridge Manor, Carleton Place

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13 et 14 août 2025.

L'inspection concernait les incidents critiques (IC) suivants :

- le registre n° 00153250 (IC 3064-000033-25) – blessure d'une personne résidente ayant occasionné un transfert à l'hôpital et un changement dans son état de santé.
- le registre n° 00154363 (IC 3064-000035-25) et le registre n° 00154541 (IC 3064-000036-25) – cas allégué d'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente par un membre du personnel concernant un transfert.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 28 (1) 1 de la LRSLD 2021.

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 incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident d'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée, qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fit immédiatement rapport au directeur d'une allégation de transfert d'une personne résidente effectué de façon inappropriée par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) le jour où cela s'est produit.

Sources :

Incident critique n° 3064-000035-25.

Entretien avec une ou un DASI.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel utilisât des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'il aidait des personnes résidentes. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP transférât une personne résidente comme un cas de transfert à deux personnes, ainsi que le précisait son programme de soins provisoire.

Sources :

Entretien avec une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers.
Notes de l'entretien avec une PSSP mené par le foyer dans le cadre de l'enquête.
Incident critique n° 3064-000035-25.
Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP utilisât des appareils de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'elle transportait une personne résidente de sa chambre à la salle de bains sans avoir recours à un certain appareil de changement de position. En conséquence, la personne résidente a subi une blessure.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Dossier médical d'une personne résidente; lettre d'avertissement disciplinaire à l'intention d'une PSSP mise en cause; et entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA), la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on effectuât une évaluation de la douleur dans le logiciel PointClickCare (PCC) lorsque la douleur d'une personne résidente n'était pas soulagée après 72 heures de surveillance de la douleur.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente; outil de surveillance de la douleur pendant 72 heures; marche à suivre relative à l'évaluation et à la gestion de la douleur, INDEX : CARE8-O10.01 (*Pain Assessment and Management Procedure, INDEX: CARE8-O10.01*), révisée le 31 mars 2025; et entretiens avec une ou un IA, une ou un IAA et la ou le DSI.