

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 Cedar Street, Suite 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public

Date d'émission du rapport : le 2 mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1115-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare York, Sudbury

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 avril au 2 mai 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à un incident impliquant un médicament.
- Un dossier lié à la négligence envers une personne résidente.
- Un dossier relatif à l'éclosion d'une maladie entérique.
- Un dossier lié à une plainte concernant des soins inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Un dossier lié la mort inattendue d'une personne résidente.
- Un dossier lié à l'altercation physique entre deux personnes résidentes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs

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 Cedar Street, Suite 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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

Art. 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 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 immédiatement informer le directeur ou la directrice de la mort inattendue d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus,

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 Cedar Street, Suite 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel autorisé suive le système de gestion des médicaments du foyer dans le traitement des commandes de médicaments 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 que le système de gestion des médicaments soit respecté.

Une personne résidente a été privée pendant une longue période de temps des médicaments dont elle avait besoin parce que le foyer n'avait pas respecté son processus de gestion des médicaments.