

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 1^{er} mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1441-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Lakeland Long Term Care Services Corporation

Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeland Long Term Care Services, Parry Sound

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 au 30 avril 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier concernant des soins fournis de manière inappropriée/incompétente à une personne résidente

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

AVIS ÉCRIT : Participation du mandataire spécial

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 du : paragraphe 6(5) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(5) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on informe rapidement le mandataire spécial d'une personne résidente de la chute faite par cette personne.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; examen du rapport d'incident critique; politiques du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

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 a omis de veiller, au moment d'aider une personne résidente, à ce qu'on procède au transfert de celle-ci au moyen de techniques sécuritaires.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; examen du rapport d'incident critique; politiques du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.
Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(1).

Le titulaire de permis a omis de respecter le programme relatif aux chutes et, ainsi, d'effectuer une évaluation spécialisée à la date prévue.

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

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie, au minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes.

Plus précisément, les membres du personnel ont omis de respecter la politique de prévention des chutes du foyer, selon laquelle ils devaient veiller à ce qu'on réalise une évaluation spécialisée en cas de changement dans l'état de santé d'une personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; examen du rapport d'incident critique; politiques du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(1) – 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.

a) Lorsqu'une personne résidente a fait une chute, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réalise une évaluation auprès de cette personne, puis à ce qu'on effectue une évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant la chute d'une personne résidente. On a examiné le dossier d'évaluation de la personne et on n'y a trouvé aucune information à propos de toute évaluation postérieure à la chute.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; examen du rapport d'incident critique; politiques du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel.

b) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réalise, auprès d'une personne

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

résidente qui avait fait une chute, une évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation spécialisé.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis, qui était tenu de mettre en place un programme de prévention et de gestion des chutes, a omis de veiller à ce qu'on respecte ce programme.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant la chute d'une personne résidente. On a examiné le dossier d'évaluation de la personne et on a constaté qu'aucune évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation spécialisé n'avait été faite.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; examen du rapport d'incident critique; politiques du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel.