

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, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Rapport public

**Date d'émission du rapport : 3 juin 2025**

Numéro d'inspection : 2025-1197-0003

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Jarlette Ltd.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Temiskaming Lodge,  
Temiskaming Shores

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 30 mai 2025.

L'inspection concernait :

- 1 cas lié à l'administration de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente;
- 1 cas lié à une allégation de mauvais traitement infligé par un résident à un autre;
- 2 cas liés à une chute ayant entraîné une blessure.

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

Soins et services de soutien aux résidents  
Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité n° 001 - Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'art. 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

**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, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

art. 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement soit utilisé conformément aux instructions du fabricant lorsqu'un résident a été laissé sans surveillance dans l'équipement ayant servi à lui administrer des soins. Le résident a été impliqué dans un incident lié à l'utilisation de cet équipement.

**Sources :** entretien avec la directrice générale ou le directeur général, instructions du fabricant, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

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

Prévention et gestion des chutes

par. 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, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme relatif aux chutes permettant d'offrir une évaluation du risque de chute à un résident.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de 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 résidents.

**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, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur la prévention des chutes selon laquelle le personnel doit veiller à ce qu'une évaluation du risque de chute soit faite si un changement dans l'état de santé expose le résident à un plus haut risque de chute.

Un résident a fait une chute qui a entraîné une blessure, ce qui a changé l'état de santé du résident et son risque de chute. Le dossier de santé du résident indiquait que la dernière évaluation du risque de chute avait été réalisée avant la chute.

**Sources :** examen du rapport d'incident critique; politique du foyer intitulée « Falls Prevention & Management Program » et mise à jour en août 2024; dossier de santé du résident comprenant une évaluation du risque de chute; entretien avec la directrice ou le directeur des soins.

## 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 (2021).

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

Prévention et gestion des chutes

par. 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 que, si l'état ou la situation du résident l'exige, 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, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'un résident est tombé, à ce que l'évaluation habituelle pour traumatisme crânien soit effectuée dans le cadre de l'évaluation postérieure à une chute.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis qui était tenu de veiller à ce que le foyer mette en place un programme de prévention et de gestion des chutes n'a pas veillé à ce que ce programme soit respecté.

**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, ON P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Un résident a fait une chute dont personne n'a été témoin et lors de laquelle il a été blessé. Un examen des notes d'évolution indiquait que l'évaluation postérieure à la chute avait été réalisée mais qu'il n'y avait pas eu, dans le cadre de celle-ci, l'évaluation habituelle pour traumatisme crânien.

**Sources** : examen du rapport d'incident critique; politique du foyer intitulée « Falls Prevention & Management », mise à jour le 31 mai 2024; dossier de santé du résident et entretien avec la directrice ou le directeur des soins.