

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1369-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Mississauga, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 6, 9 et 11 au 13 février 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00163780 – Signalement en lien avec un incident critique (IC) concernant la prévention et la gestion des chutes.
- Signalement : n° 00165134 – Signalement en lien avec un IC concernant la prévention et la gestion des chutes.
- Signalement : n° 00166500 – Signalement en lien avec un IC concernant la prévention et la gestion des chutes.
- Signalement : n° 00167553 – Signalement en lien avec une plainte concernant les services d'entretien, de même que les soins liés à l'incontinence.

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

Soins liés à l'incontinence

Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Un **non-respect** de conformité 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 le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

On a omis de réviser le logo de transfert d'une personne résidente et de l'afficher dans sa chambre à coucher, ce qui était pourtant requis selon son programme de soins. Toutefois, au cours de l'inspection, on a constaté que l'on avait révisé le logo de transfert de cette personne afin d'indiquer sa situation actuelle quant aux transferts.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente; politique en matière de manipulation sécuritaire des personnes résidentes (Safe Resident Handling Policy); entretien avec une personne résidente.

Date de mise en œuvre de la rectification : 9 février 2026.

Problème de conformité n° 002 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

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).

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

À une date donnée, on a constaté que l'on avait omis d'installer une affiche étoilée pour indiquer le risque de chute d'une personne résidente, ce qui était pourtant requis selon le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Toutefois, au cours de l'inspection, on a constaté que l'on avait installé une affiche étoilée pour indiquer le risque de chute à l'extérieur de la chambre à coucher de la personne résidente, près de sa porte.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente; politique pour la prévention des chutes et la diminution des blessures (Fall Prevention and Injury Reduction Policy); entretien avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 9 février 2026.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

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.

Lors de démarches d'observation à deux dates données, on a constaté qu'une personne résidente ne portait pas une mesure d'intervention prévue dans son programme de soins.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec une personne résidente et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Après une fuite d'eau à une date donnée, on a omis de veiller à ce que deux secteurs du foyer soient entretenus de sorte qu'ils soient en bon état. En effet, après cette fuite, on a constaté que les deux secteurs en question avaient subi des dégâts; on a notamment vu des taches laissées par l'eau et une détérioration des plafonds dans les aires communes et les couloirs.

Sources : Rapport d'incident concernant la fuite d'eau d'Extendicare Mississauga; devis de Semple Gooder Roofing Company pour la réparation de la cheminée; démarches d'observation; entretiens avec l'administratrice ou l'administrateur et la personne responsable des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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).

On a omis de respecter le programme de prévention et de gestion des chutes (falls prevention and management program) du foyer. Plus précisément, aux dates et heures indiquées, le titulaire de permis a omis de fournir un appareil fonctionnel précis à une personne résidente, ce qui était pourtant requis selon son programme de prévention des chutes afin d'atténuer les effets de ces dernières.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; démarches d'observation; politique du foyer concernant le programme de prévention et de gestion des chutes (policy on falls prevention and management program); entretiens avec des membres du personnel.