

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965.

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1668-0008

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC LP, par ses partenaires généraux, Axiom Extendicare LTC GP Inc. et Extendicare LTC Managing GP Inc.

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

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 21 novembre 2025.

Les inspections concernaient :

- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Deux signalements liés à une allégation de soins inappropriés/inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié à une éclosion,

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 001 - Avis écrit en vertu 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

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965.

membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

À une date donnée, une personne résidente a été transférée de manière inappropriée par un membre du personnel et a fait une chute.

Sources : rapport de l'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; examen de l'enquête interne du foyer; examen de la politique du foyer concernant la manipulation sûre des personnes résidentes (Safe Resident Handling); entretiens avec les directeurs adjoints ou les directrices adjointes des soins infirmiers (DASI) et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

À une date donnée, une personne résidente s'est vue servir un aliment inapproprié qui ne répondait pas à ses besoins particuliers.

Sources : rapport de l'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; enquête interne du foyer; examen de la politique du foyer concernant le service alimentaire et l'expérience de repas (Meal Service and Dining Experience); entretien avec le ou la DASI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965.

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

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

À une date précise, une personne résidente a fait une chute et s'est blessée et un rapport n'a été soumis au directeur ou à la directrice que sept jours plus tard.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les DASI.