

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 Centre-Ouest
609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1108-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Caressant Care Harriston, Harriston

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 4, et du 9 au 11 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00149957 et 00155347 – prévention et gestion des chutes.

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 49 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10

**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 Centre-Ouest
609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 49 (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. Paragraphe 49 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance appropriée d'une personne résidente soit effectuée après une chute.

Le titulaire de permis devait effectuer quatre vérifications à la demi-heure après la chute, mais n'en a documenté qu'une seule.

Source : dossiers cliniques et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : Incidents critiques

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 107 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 79/10

Une personne résidente a fait une chute et, quelques heures plus tard, est décédée subitement. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le décès soudain soit signalé au directeur ou à la directrice.

Source : dossiers cliniques et entretiens avec les membres du personnel.