

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1030-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (n° 11) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Dover Cliffs, Port Dover

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 4, 8 et 9 décembre 2025.

Les inspections concernaient :

Le signalement : n° 00161403 – Incident critique (IC) n° 1056-000012-25 – chute d'une personne résidente.

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de routine de blessure à la tête et la politique de gestion des chutes, qui font partie du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

L'examen de la politique du foyer sur le programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program) indiquait que si une chute entraînant une blessure à la tête était suspectée ou constatée, une routine de blessure à la tête était mise en place et les signes vitaux neurologiques étaient surveillés pendant 72 heures. La politique indiquait que le personnel devait effectuer l'évaluation toutes les heures pendant 4 heures, puis toutes les 8 heures jusqu'à 72 heures après la chute.

En octobre 2025, une personne résidente a fait une chute sans témoin et a fait l'objet d'évaluation de blessure à la tête. Les documents et l'entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ou l'administratrice ont confirmé que la routine de blessure à la tête n'avait pas été effectuée conformément à la politique lors de deux quarts de travail du soir en octobre 2025.

Sources : politique du foyer en matière de chutes (Falls Prevention and Management), numéro RFC-07-01 (dernière révision en février 2025); dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

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

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

En octobre 2025, une personne résidente est tombée et s'est blessée. La personne résidente faisait l'objet de mesures d'intervention de prévention des chutes au moment de la chute, mais l'équipement ne fonctionnait pas au moment de la chute. Cela a été confirmé lors des entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et l'administrateur ou l'administratrice. L'incident a été ajouté à la réunion du personnel sur les chutes et des procédures ont été mises en place pour que le personnel examine l'équipement avant et à la fin du quart de travail afin de s'assurer qu'il fonctionne. Au moment de la chute, les procédures visant à s'assurer que l'équipement de prévention des chutes de la personne résidente soit en bon état n'ont pas été élaborées ou mises en œuvre.

Sources : incident critique 1056-000012-25, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la PSSP, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice.