

**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 :** 14 janvier 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1420-0001

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** F. J. Davey Home

**Foyer de soins de longue durée et ville :** F.J. Davey Home, Sault Ste. Marie

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 6, 7, 8 et 10 janvier 2025.

L'inspection concernait :

- 1 cas concernant une chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure;
- 1 cas concernant une plainte liée aux soins d'une personne résidente;
- 1 cas concernant une éclosion;
- 1 cas concernant un mauvais traitement d'ordre physique infligé par une personne résidente à une autre.

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

Prévention et contrôle des infections  
Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

**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

## AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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

**Non-respect du : par. 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme, lorsqu'il n'a pas assuré la présence de deux membres du personnel pendant la prestation des soins.

**Sources :** le dossier de santé d'une personne résidente et un entretien avec une directrice ou un directeur des soins (DDS).

## 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,

**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

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 veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, qui prévoyait des stratégies pour réduire les chutes ou en atténuer les effets, y compris la surveillance des personnes résidentes, soit respecté pour une personne résidente particulière.

En vertu de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que le foyer mette en place un programme de prévention et de gestion des chutes et de veiller à ce qu'il soit respecté.

Il a été documenté qu'une blessure avait été observée sur une personne résidente. Cette dernière avait indiqué qu'elle était tombée. Un examen plus approfondi a révélé que le foyer n'avait pas rempli de dossier de surveillance clinique ni d'évaluation suivant une chute, et que la personne résidente n'avait pas été évaluée dans un délai de 72 heures après une chute, contrairement à la politique du foyer relative au programme de gestion des chutes.

**Sources** : dossier de santé d'une personne résidente, évaluations après une chute; rapports d'incident du foyer et entretien avec la personne responsable de la gestion des chutes.