

## Rapport public original

**Date d'émission du rapport :** 18 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1492-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** IOOF Seniors Homes Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** IOOF Seniors Home, Barrie

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9 au 11 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00118439/incident critique, dossier n° 2993-000020-24 concernant la chute d'une personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo ON N2V 1K8

Téléphone : 888 432-7901

**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).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que tous les membres du personnel chargés de procéder aux interventions de soins à l'endroit de la personne résidente n° 001 se conforment à la politique relative à la prévention et à la gestion des chutes destinée au personnel.

**Justification et résumé**

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'on procède aux interventions en cas de chute à l'endroit des personnes résidentes conformément au programme de soins établi.

Plus précisément, les membres du personnel n'ont pas respecté la politique portant sur l'évaluation des chutes et le suivi de celles-ci, datée d'août 2023, qui était incluse dans le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

On a retrouvé la personne résidente n° 001 sur le sol de sa chambre; elle avait tenté de se lever de son fauteuil roulant. Au moment de la chute, l'équipement lié aux interventions en cas de chute nécessaire pour la personne n'était pas en place. Les membres du personnel n'ont pas respecté la politique et la procédure établies à l'endroit de la personne résidente n° 001 dans le contexte de sa chute. Plus

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée **District du Centre-Ouest**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo ON N2V 1K8

Téléphone : 888 432-7901

précisément, ils ont omis de procéder aux interventions de soins qui avaient été prévues.

**Sources :** Politique portant sur l'évaluation des chutes et le suivi de celles-ci du foyer de soins de longue durée, rapport du Système de rapport d'incidents critiques, notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente n° 001 et programme de soins de cette personne, entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé n° 107 de même qu'avec la directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes n° 101.