

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 22 avril 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1443-0001

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Benevolent Society "Heidehof" for the Care of the Aged

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Heidehof Long Term Care Home, St Catherines

**Inspectrice principale / Inspecteur principal**

Jonathan Conti (740882)

**Signature numérique de l'inspectrice / de l'inspecteur**

**Autres inspectrices / Autres inspecteurs**

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 18, 19, 21 et 22 ainsi que du 25 au 27 mars 2024

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Demande n° 00109013 – [IC n° 2960-000001-24] liée à la prévention et la gestion des chutes.

L'inspection faisant suite à un incident critique a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00104811 [IC n° 2960-000013-23] – liée à la prévention et la gestion des chutes;

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

L'inspection faisant suite à une plainte concernait :

- Demande n° 00109676 – plainte portant sur les soins aux personnes résidentes et sur la prévention et la gestion des chutes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
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 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (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 suivants :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer de soins de longue durée soit mis en œuvre, ce qui comprend l'utilisation de stratégies pour surveiller une personne résidente pour son risque de chute et après ses chutes.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que, au minimum, le programme de prévention et de gestion des chutes prévoit des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, ce qui comprend le recensement des résidents présentant un risque de chute et la surveillance de ces derniers, et à ce que ce programme soit respecté.

Plus particulièrement, le personnel ne se conformait pas aux exigences en matière de documentation du foyer en vertu desquelles des évaluations précises doivent être réalisées, conformément au programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

**Justification et résumé**

Une personne résidente n'a pas été soumise à une évaluation du risque de chute au moment de son admission en janvier 2024, après deux chutes dont personne n'a été témoin survenues le même mois et après un changement important de son statut occasionné par des blessures constatées. Une personne résidente n'a pas été soumise à une évaluation clairement définie et pleinement réalisée après deux chutes dont personne n'avait été témoin survenues à des dates précises en janvier et février 2024.

Conformément à la politique du foyer, le personnel autorisé est tenu de réaliser une évaluation précise du risque de chute à l'admission, chaque trimestre, quand il y a un changement important dans l'état et quand deux chutes ou plus surviennent en l'espace de 72 heures.

De plus, la politique du foyer indique qu'une évaluation définie doit être entreprise quand une personne résidente se cogne la tête ou quand personne n'est témoin de

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

la chute. Dans le cadre de l'évaluation définie, on surveille les signes vitaux d'une personne résidente, dont la fréquence cardiaque, la respiration, la tension artérielle et la réactivité des pupilles. L'évaluation définie devait être réalisée à des moments précis comme il est décrit dans la politique du foyer.

Le directeur des soins a mentionné qu'on s'attendait à ce que les évaluations précisées soient réalisées conformément à sa politique et a confirmé qu'on ne s'était pas plié à cette attente pour ce qui est de la surveillance du risque pour une personne résidente.

Les évaluations incomplètes faisaient qu'il y avait un risque potentiel pour la sécurité de la personne résidente, car les changements potentiels au niveau des signes vitaux n'étaient pas identifiés et les facteurs de risque de chute n'étaient pas surveillés adéquatement.

**Sources :** Évaluations cliniques et notes d'évolution de la personne résidente; programme de prévention et de gestion des chutes du foyer révisé la dernière fois le 29 janvier 2024; programme de prévention et de gestion des chutes du foyer révisé la dernière fois en juin 2023; entretien avec le directeur des soins et le personnel; observation du tableau des formations du personnel. [740882]

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

**Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (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 qu'une

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'on réalise, à la suite d'une chute d'une personne résidente, une évaluation postérieure à la chute faisant appel à un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

**Justification et résumé**

À une date précise de janvier 2024, une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin. La personne résidente a été retrouvée allongée par terre dans sa chambre, près du lit. Les dossiers cliniques de la personne résidente n'indiquaient pas qu'une évaluation postérieure à la chute avait été réalisée, comme l'exige le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Le directeur des soins et un membre du personnel ont tous deux expliqué qu'une évaluation postérieure à la chute faisant appel à des outils d'évaluation précis devait être réalisée immédiatement après chaque chute. Les évaluations postérieures à la chute doivent ensuite être analysées par une équipe interdisciplinaire, y compris le médecin, afin de déterminer et de mettre en place les interventions adéquates. La directrice ou le directeur des soins a reconnu que l'évaluation postérieure à la chute définie n'avait pas été réalisée pour une personne résidente.

En ne veillant pas à ce qu'une évaluation postérieure à la chute soit réalisée, il y avait un risque potentiel pour la sécurité de la personne résidente, car les facteurs ayant contribué à la chute et faisant l'objet d'une enquête approfondie n'étaient pas déterminés.

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; programme de prévention et de gestion des chutes révisé la dernière fois en juin 2023; entretiens avec la directrice ou le directeur des soins et le personnel. [740882]