

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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 ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 20 décembre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1133-0004**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Summit Place, Owen Sound**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 9, 10, 13, 17 et 18 décembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 12 décembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte/incident : N° 00129062, lié à la négligence et aux préoccupations en matière de soins
- Plainte/incident : N° 00129860, lié à une blessure de cause inconnue
- Plainte/incident : N° 00130542, lié à la négligence et aux préoccupations en matière de soins
- Plainte/incident : N° 00131089, lié aux transferts sécuritaires

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :Services de soins et d'assistance aux résidents
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154(1) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au transfert sécuritaire d'un résident, ce qui a entraîné des blessures.

Justification et résumé

Deux préposés aux services de soutien à la personne (PSPP) transféraient un résident lorsque ce dernier a glissé de la toile et est tombé sur le plancher.

Au cours de l'enquête interne, l'un des PSPP a déclaré qu'il avait remarqué que le crochet inférieur droit de la toile n'était pas fixé, ce qui explique la chute du résident.

Une personne responsable de l'entretien ménager a dit que, lorsqu'elle a déplacé cette toile pour la rouler, il n'y avait pas de courroies dedans.

Le directeur général a confirmé que ces courroies auraient dû être en place et que la sécurité des crochets aurait dû être vérifiée avant le transfert.

Puisque la vérification de la présence de courroies dans la toile et de la fixation

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 ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

sécuritaire des crochets pour le levage n'a pas été réalisée, le résident est tombé et a subi des blessures.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques du résident, Politique sur le levage et le transfert sécuritaires des résidents, entrevues avec une personne responsable de l'entretien ménager et le directeur général