

Rapport public

Date d'émission du rapport : 7 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1346-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Waterdown Long Term Care Centre Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Alexander Place, Waterdown

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 juillet au 1^{er} août, et 5 au 7 août 2025

L'inspection sur des incidents critiques concernait :

- Dossier : n° 00146567/incident critique (IC) n° 2861-000027-25 – Dossier en lien avec des allégations de négligence
- Dossier : n° 00153338/IC n° 2861-000036-25 – Dossier en lien avec les techniques de transfert et de changement de position
- Dossier : n° 00153388/ IC n° 2861-000037-25 – Dossier en lien avec les transferts et les changements de position, de même qu'avec les comportements réactifs.

L'inspection concernait la plainte suivante :

- Dossier : n° 00153526/plainte en lien avec des allégations de mauvais traitements, les transferts et les changements de position, les comportements réactifs et l'entretien ménager

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

Soins liés à l'incontinence

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Comportements réactifs

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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).

Non-respect du : paragraphe 58(4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58(4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis a omis de veiller, dans le cas d'une personne résidente que l'on savait présenter un comportement réactif, à ce qu'on relève les comportements déclencheurs de cette personne, à ce qu'on mette en œuvre des stratégies et des interventions, et à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins de la personne.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 108(2)c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une

description de la réponse.

Lorsqu'une personne résidente a présenté une plainte de vive voix à propos des soins, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on tienne un dossier documenté faisant part de chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte, ainsi que d'une description de la réponse fournie.

Sources : Incident critique; formulaire de préoccupation et de plainte; entretien avec un membre du personnel et la personne résidente.