

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1032-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Mississauga Long Term Care Facility Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Mississauga Long Term Care Facility,
Mississauga

Inspectrice principale / Inspecteur principal

Emmy Hartmann (748)

Signature numérique de l'inspectrice / de l'inspecteur

EmmyLou
Hartmann

 Digitally signed by EmmyLou
Hartmann
Date: 2024.04.11 09:50:29 -04'00'

Autres inspectrices / Autres inspecteurs

Sarah Valente (000847)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 27 et 28 mars ainsi que les 2 et 3 avril 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00099579 liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00104766 liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00105035 liée à la prévention et au contrôle des infections.
- Demande n° 00107627 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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 : Portes dans le foyer

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 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher un accès non supervisé par les personnes résidentes, et doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte menant à l'escalier du deuxième étage soit gardée fermée et verrouillée quand une personne résidente n'était pas sous la supervision du personnel.

Justification et résumé

À une date donnée, la personne résidente est tombée en descendant des escaliers non supervisés. Elle s'est blessée et a été transportée à l'hôpital.

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'administratrice a déterminé que la personne résidente a pu accéder à la cage d'escalier, une aire non résidentielle, car elle avait le code d'accès à la porte donnant sur cet endroit.

Après la chute, le foyer a modifié le code d'accès à la porte de la cage d'escalier. La personne résidente s'est toutefois blessée à la suite de cet incident.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, dossier d'enquête du foyer, entretien avec l'administratrice.

[748]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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 115 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (2) Si le titulaire de permis est tenu de faire un rapport immédiatement en application du paragraphe (1) en dehors des heures de bureau, il le fait en suivant la méthode de communication en cas d'urgence après les heures de bureau en vigueur au ministère. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une éclosion de COVID-19 déclarée à une date déterminée soit signalée en suivant la méthode de communication en cas d'urgence après les heures de bureau en vigueur au ministère.

Justification et résumé

Selon le paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, tout titulaire de permis d'un

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^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

foyer de soins de longue durée doit veiller à immédiatement informer le directeur d'une éclosion.

Le foyer a soumis un rapport dans le Système de rapport d'incidents critiques (SIC) le lendemain de la déclaration de l'éclosion, mais il n'a pas suivi la méthode de communication en cas d'urgence après les heures de travail pour déclarer l'éclosion le jour où elle a été détectée.

Sources : Rapport du SIC; entretien avec l'administrateur.

[748]