

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 juillet 2025
Numéro d'inspection : 2025-1266-0004
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : Shalom Village Nursing Home
Foyer de soins de longue durée et ville : Shalom Village Nursing Home, Hamilton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 26 juin, le 30 juin et du 2 au 4 juillet et du 7 au 11 juillet 2025

Les inspections concernaient :

- Plainte n°00148450 – Incident critique (IC) n° 2775--000034--25 – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte n° 00149189/IC n° 2775-000036-25 liée à la prévention et à la gestion des chutes

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

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD(2021).

Non-respect de : la disposition 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Par. 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme précisé, y compris les évaluations et les interventions, soient dûment consignées. De multiples tentatives d'évaluation de la personne résidente, une évaluation et des interventions n'ont pas été documentées dans le programme de soins de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD(2021).

Non-respect de : la disposition 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Température ambiante

24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas documenté les températures de l'air qui devaient être mesurées en vertu du paragraphe (2) au moins une fois chaque matin, une fois chaque après-midi entre 12 h et 17 h et une fois chaque soir ou chaque nuit à de nombreuses dates au cours d'un mois en particulier.

Sources : Registres de surveillance de la température de l'air, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD(2021).

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

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 a omis de s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes soit mis en place pour une personne résidente. Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu d'établir et de mettre en œuvre un programme exhaustif de prévention et de gestion des chutes au sein du foyer pour diminuer le nombre d'incidents de chute et les risques de blessures qui en résultent. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté le programme lorsqu'il exigeait que le personnel infirmier procède à une évaluation spécifique d'une personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD(2021).

Non-respect de : la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports sur les incidents critiques

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à un résident une blessure pour laquelle il est transporté à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice ou le directeur soit informé, au plus tard un jour ouvrable après un incident qui a causé des blessures à une personne résidente, une hospitalisation, et qui a entraîné un changement important de son état de santé. La direction des soins infirmiers a reconnu que l'incident aurait dû être signalé à la directrice ou au directeur un jour ouvrable avant la date de leur rapport.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique, entretien avec la direction des soins infirmiers.