

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 25 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1275-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : DTOC III Long Term Care LP by its general partner, DTOC III Long Term Care MGP (a general partnership), by its partners, DTOC III Long Term Care GP Inc. and Arch Venture Holdings Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Wellington Nursing Home, Hamilton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 18 octobre et le 21 octobre 2024, Kwesi Douglas, gestionnaire des inspections, était présent lors de cette inspection.

L'inspection d'incident critique (IC) concernait :

- Dossier : n° 00117372/incident critique n° 2784-000003-24, lié à la

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

inspection : Prévention et contrôle des infections

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de la : disposition 6 (7) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel surveille constamment le résident conformément à son programme de soins.

Justification et résumé

Le résident avait été évalué comme présentant un risque élevé de chute, celui-ci ayant déjà fait plusieurs chutes. Le personnel autorisé a évalué le résident à une date précisée et mis en œuvre l'intervention en cas de chute consistant dans la surveillance constante du résident par un membre du personnel.

À une date précisée, le personnel autorisé chargé de surveiller le résident a laissé ce dernier sans surveillance. Le résident a fait une chute entraînant une blessure et il a été transféré à l'hôpital. Un examen du registre des documents cliniques du résident a révélé que celui-ci présentait un risque élevé de chute avant et au

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

moment de la chute faisant l'objet du présent rapport.

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Une entrevue avec le personnel autorisé a confirmé qu'au moment où le résident a fait une chute, aucun personnel n'était présent pour le surveiller conformément au programme de soins.

Cette situation a eu des conséquences sur la santé et la sécurité du résident parce que le foyer n'a pas mis en œuvre les soins prévus pour le résident.

Sources : Dossier clinique du résident et entrevue avec le personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Observation des instructions du fabricant

Art. 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise un appareil particulier conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Le résident avait été évalué comme présentant un risque élevé de chute, ayant déjà fait plusieurs chutes par le passé. Dans le cadre d'une intervention visant la gestion des chutes, le résident nécessitait un appareil particulier lorsqu'il était au lit.

Lors de l'observation de la chambre du résident, l'appareil utilisé pour

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

l'intervention en cas de chute n'était pas en bon état de fonctionnement. Le personnel a reconnu en entrevue que l'appareil ne fonctionnait pas.

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 (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Une demande de remplacement de composants particuliers de l'appareil a été soumise au personnel autorisé le même jour. On a constaté que l'appareil était en bon état de fonctionnement lors d'une observation de suivi le même après-midi.

En n'utilisant pas l'appareil conformément aux instructions du fabricant, le risque de chute pourrait ne pas avoir été atténué adéquatement pour le résident.

Sources : Observations de la chambre du résident, fiche d'instructions du fabricant, entrevues avec le personnel autorisé et de soins directs.