

## Rapport public original

**Date d'émission du rapport :** 2 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1275-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** DTOC III Long Term Care LP, par son partenaire général, DTOC III Long Term Care MGP (une société en nom collectif), par ses partenaires, DTOC III Long Term Care GP Inc. et Arch Venture Holdings Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Foyer de soins infirmiers The Wellington, Hamilton

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14, 18, 19 et 21 novembre 2024

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00117622 – Incident critique, dossier n° 2784-000004-24 concernant un traitement donné de manière inappropriée/incompétente à une personne résidente par le personnel. Programme de soins en lien avec les transferts
- Incident critique : n° 00127507 – Incident critique, dossier n° 2784-000006-24 concernant la prévention et le contrôle des infections

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

## Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

### 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 119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage

Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

### District de Hamilton

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 6(7) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 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 a omis de veiller à ce qu'une personne résidente bénéficie en permanence d'une intervention de prévention des chutes, conformément à son programme de soins.

### Justification et résumé

Selon les ordres du médecin et le programme de soins de la personne résidente, il fallait voir à ce que soit en place pour cette personne, à tout moment, une intervention de prévention des chutes, et ce, afin de minimiser les blessures dues aux chutes. À une date donnée, on a vu que l'intervention n'était pas en place pour la personne résidente, ce que le personnel a d'ailleurs confirmé.

Le foyer a omis de mettre en œuvre l'intervention nécessaire pour prévenir les blessures et cela a eu une incidence néfaste sur la santé et la sécurité de la personne résidente.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente, programme de soins, évaluation après une chute, ordres du médecin, rapport d'incident critique et entretien avec le personnel.

## Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

### Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Hamilton**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage

Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

## AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

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

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille 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 a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires à l'endroit d'une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Dans le programme de soins de la personne résidente, il était indiqué que cette personne devait bénéficier d'une aide d'un niveau établi. À une date donnée, la personne a fait une chute. Lors d'un entretien, une représentante ou un représentant du foyer a confirmé que les membres du personnel n'avaient pas utilisé des techniques de transfert sécuritaires au moment d'aider la personne résidente.

On a omis de fournir l'aide nécessaire à la personne résidente lors de son transfert et cela a accru le risque de blessure.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente, programme de soins, évaluation après une chute, rapport d'incident critique et entretien avec des membres du personnel.