

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 22 août 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1394-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Halton Healthcare LTC Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Wyndham Manor Long Term Care Centre, Oakville	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 16 et le 20 août 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 19 août 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00110595 [Incident critique (IC) n° 2910-000011-24] – liée à la prévention et la gestion des chutes;
- Demande n° 00112154 [IC n° 2910-000013-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part d'un membre du personnel.

#### **Justification et résumé**

L'alinéa 2 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les mauvais traitements comme suit :  
a) usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'une personne résidente pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Pendant qu'elle recevait des soins, une personne résidente a commencé à manifester des comportements réactifs. Un membre du personnel est intervenu pour tenter de mettre fin à ces comportements. À la suite des mesures prises par le personnel, la personne résidente a subi des lésions corporelles et ressenti de la douleur.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec la personne préposée aux services de soutien personnel et le directeur des soins.

### AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)**

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou de son personnel ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour cette personne soient signalés immédiatement au directeur.

**Justification et résumé**

Le foyer a présenté un rapport d'incident critique (IC) au ministère des Soins de longue durée, un jour de mars 2024, relativement à un incident de mauvais traitements allégués ou constatés. La ligne de Service Ontario après les heures de bureau a été appelée plus de 12 heures après l'incident.

Le directeur des soins a reconnu que le personnel n'avait pas respecté les exigences en matière de rapport et que celui-ci avait été établi tardivement.

Le fait de ne pas avoir immédiatement signalé le problème au directeur a entraîné le risque qu'il ne soit pas traité à temps.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, rapport d'incident critique, rapport à la ligne Service Ontario après les heures de travail et entretien avec le directeur des soins.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et 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<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation postérieure à sa chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique et conçu expressément aux fins de l'évaluation des chutes.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute ayant entraîné une blessure dont certaines personnes ont été témoins. Une note d'évolution sur la chute a été remplie, mais aucune évaluation postérieure à la chute n'a été inscrite sous l'onglet approprié dans PointClickCare. La politique du foyer relativement à la prévention et à la gestion des chutes (mars 2023) indique qu'un outil d'évaluation doit être rempli après une chute.

La note d'évolution sur la chute ne précise pas comment la chute aurait pu être évitée, ni ne mentionne le plan de suivi, les recommandations, les participants à la réunion postérieure à la chute et les détails, comme le prévoit l'outil d'évaluation.

En n'ayant pas recours à un outil d'évaluation cliniquement approprié et spécifiquement conçu pour l'examen des chutes, il n'a pas été possible de procéder à une évaluation détaillée et normalisée permettant une analyse complète de la chute.

**Sources :** Examen des dossiers d'évaluation des personnes résidentes; politique du foyer relativement à la prévention et à la gestion des chutes d'Extendicare (mars 2023); et entretiens avec l'infirmière autorisée, le directeur des soins et son adjoint.