

**Rapport d'inspection prévu par la
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

District de Hamilton
119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date de publication du rapport : 24 juillet 2025

Numéro d'inspection : 2025-1432-0004

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : 955464 Ontario Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Millennium Trail Manor, Niagara Falls

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 24 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- Le registre n° 00146778 – incident critique (IC) n° 2948-000016-25 – prévention et gestion des chutes.
- Le registre n° 00147623 – IC n° 2948-000018-25 – prévention et gestion des chutes.
- Le registre n° 00147629 – IC n° 2948-000019-25 – prévention et gestion des chutes.

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

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 du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

**Rapport d'inspection prévu par la
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

District de Hamilton
119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui fussent fournis comme le précisait le programme dans lequel on indiquait que sa sonnette d'appel devait être à portée de la main. L'inspectrice a remarqué à une date déterminée de juillet 2025 que la personne résidente n'avait pas sa sonnette d'appel à portée de la main, et lorsque cette situation a été signalée à un membre du personnel, il n'a pas modifié l'emplacement de la sonnette d'appel.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente, observation de la personne résidente, entretien avec un membre du personnel.