

**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

**Date d'émission du rapport :** le 7 mai 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1615-0002

**Type d'inspection :**

Plainte  
 Incident critique  
 Suivi

**Titulaire de permis :** Municipalité régionale de Halton

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Post Inn Village, Oakville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 24, du 27 au 30 avril et le 1<sup>er</sup>, du 4 au 7 mai 2026.

L'inspection concernait :

- Le signalement : n° 00167353 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 001 – 2025-1615-0009 relatif à l'alimentation, la nutrition et l'hydratation – date limite de mise en conformité le 27 avril 2026.
- Le signalement : n° 00175516 – plainte relative à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le signalement : n° 00171451 – l'incident critique (IC) relatif à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le signalement : n° 00172965 – IC lié à la prévention des mauvais traitements.
- Le signalement : n° 00173048 – IC relatif aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes et à la gestion de la douleur.
- Le signalement : n° 00174083 – IC relatif à un foyer sûr et sécuritaire.

**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

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1615-0009 lié au paragraphe 74 (2) c) du Règl. de l'Ont., 246/22.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

**RÉSULTATS DE L'INSPECTION**

**AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

**Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 2. de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

**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

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Une personne résidente n'a pas vu ses choix respectés à une date déterminée. La personne résidente a demandé des soins particuliers, mais les membres du personnel n'ont pas écouté la demande.

**Sources :** dossier médical d'une personne résidente; entretien avec une personne résidente et des membres du personnel; notes d'enquête du foyer.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

**A)** Une personne résidente avait besoin d'une aide totale de deux personnes pour une tâche précise et d'une aide importante de la part d'une ou deux personnes pour une autre tâche de soins. À une certaine date, la personne résidente a été soignée par une seule personne, au lieu de deux, la personne résidente aidant le personnel pendant les soins. Le gestionnaire principal ou la gestionnaire principale du personnel infirmier a reconnu que le programme de soins de la personne résidente indiquait que cette tâche devrait être confiée à deux personnes pour cette tâche, mais les directives n'étaient pas claires pour les membres du personnel, car ils

**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

suivaient le niveau d'assistance pour une tâche différente.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête et entretiens avec les membres du personnel.

**B)** Une personne résidente était indépendante et pouvait sortir du foyer tous les jours. Cependant, elle n'indiquait pas toujours quand elle retournait au foyer. Le programme de soins écrit pour la personne résidente ne comportait pas de directives claires à l'intention des membres du personnel sur la manière de déterminer le moment où la personne résidente serait considérée comme disparue et les mesures à prendre.

**Sources** : dossier médical d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec les membres du personnel; politique du foyer en matière de code jaune (code yellow).

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)**

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

**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

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.

À une date donnée, une personne résidente a déclaré qu'elle avait une relation sexuelle avec un membre du personnel qui n'a pas été divulgué. L'allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel n'a pas été signalée au directeur ou à la directrice.

**Sources :** dossier médical clinique d'une personne résidente et entretien avec une personne résidente et des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 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.

Comme l'exige le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, le foyer n'a pas documenté les évaluations suivantes et les mesures d'intervention concernant la chute d'une personne résidente à une date donnée :

- a) La documentation du module de gestion des risques (Risk Management Module) concernant l'évaluation après une chute d'une personne résidente était incomplète.
- b) Un membre du personnel autorisé a procédé à une évaluation de la tête aux pieds, mais n'a pas documenté son évaluation.

**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

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente; suivi après une chute, évaluation et gestion, politique sur les normes de documentation; notes d'enquête et entretiens avec les membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **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.

À une date inconnue, une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. La personne résidente a été transférée du sol à son lit à l'aide d'un appareil de levage complet. Un membre du personnel autorisé a reconnu que le transfert de la personne résidente n'était pas conforme aux marches à suivre du foyer après la chute.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente; suivi après une chute, évaluation et gestion et entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la

**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

LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes obligatoires

Paragraphe 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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Les marches à suivre d'évaluation et de gestion de la douleur du foyer n'ont pas été respectées. Plus précisément, une évaluation de la douleur n'a pas été effectuée au moment indiqué, y compris la mise en œuvre de stratégies pour gérer efficacement la douleur. À une date inconnue, une personne résidente a fait une chute qui lui a provoqué des blessures et de la douleur. Aucune évaluation de la douleur ni aucune mesure d'intervention n'ont été réalisées ou mises en œuvre pour gérer sa douleur.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête, marche à suivre d'évaluation et de gestion de la douleur et entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique,

**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

notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Une personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation de la peau appropriée sur le plan clinique par un membre du personnel infirmier autorisé lorsqu'une altération de la peau a été identifiée à une date donnée.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente; marche à suivre de prévention, d'identification et de gestion des personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique (Prevention, Identification and Management of Residents with Altered Skin Integrity Procedure) et entretien avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

**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

Une personne résidente présentait des altérations de la peau qui n'ont pas été réévaluées au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé :

a) De multiples altérations de l'intégrité épidermiques précises ont été identifiées lors des évaluations de la peau à la réadmission, sans qu'aucune réévaluation hebdomadaire ni aucun suivi n'ait été effectué.

b) La personne résidente présentait une altération de la peau précise qui n'a pas été réévaluée au moins une fois par semaine entre les dates indiquées.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente; marche à suivre de prévention, d'identification et de gestion des personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique (Prevention, Identification and Management of Residents with Altered Skin Integrity Procedure) et entretien avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

À une date donnée, une personne résidente a ressenti une nouvelle douleur précise. Entre les dates indiquées, aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée pour évaluer la douleur de la personne résidente conformément aux ordonnances

**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

médicales de celle-ci et lorsque les mesures d'intervention pharmacologiques n'ont pas été efficaces.

**Sources** : dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête, marche à suivre d'évaluation et de gestion de la douleur et entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1. viii. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :  
viii. les disparitions de résidents,

La politique du foyer en matière de code jaune (code yellow) n'a pas été suivie par les membres du personnel pour un incident survenu à une date déterminée, au cours de laquelle une personne résidente n'est pas revenue au foyer à l'heure prévue. Les membres du personnel n'ont pas effectué de fouille du foyer et n'a pas déclenché un code jaune (code yellow) lorsque la personne résidente a été déterminée comme ayant disparu.

**Sources** : notes d'enquête du foyer; entretien avec les membres du personnel; politique du foyer en matière de code jaune (code yellow); dossiers de formation du personnel.