

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 8 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1346-0001	
Type d'inspection : Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Waterdown Long Term Care Centre Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Alexander Place, Waterdown	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Leah Curle (585)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs Kerry O'Connor (000769) Sydney Withers (740735)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15 au 17, 21 au 24, 27 au 31 mai 2024 et 3 juin 2024.

Les éléments suivants du rapport d'incidents critiques ont fait l'objet d'une inspection :

- n° 00107084/2861-000004-24, n° 0109421/2861-000013-24 et n° 00114102/2861-000031-24 relativement aux soins et services de soutien aux personnes résidentes
- n° 00112891/2861-000027-24 relativement à la prévention et au contrôle des infections
- n° 00114512/2861-000032-24 relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence

Le suivi de l'ordre de conformité suivant de l'inspection n° 2023-1346-005 a fait l'objet d'une inspection :

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- n° 00110550 relativement à la disposition 161 (2) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22 - Exigences : mise en congé d'un résident. Échéance de la mise en conformité : 1^{er} avril 2024.
- n° 00110546 relativement à la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 - Programmes de soins alimentaires et d'hydratation. Échéance de la mise en conformité : 8 avril 2024.
- n° 00110547 relativement à la disposition 184 (3) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* - Directives du ministre. Échéance de la mise en conformité : 29 avril 2024.
- n° 00110549 relativement à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 - Programme de prévention et de contrôle des infections. Échéance de la mise en conformité : 29 avril 2024.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1346-0005 relativement à la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Sydney Withers (740735)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2023-1346-0005 relativement à la disposition 184 (3) de la LRSLD (2021) effectuée par Leah Curle (585)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2023-1346-0005 relativement à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Leah Curle (585)

Ordre n° de l'inspection n° 2023-1346-0005 relativement à la disposition 161 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Kerry O'Connor (000769)

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Admission, absences et congés

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des **cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice est satisfaite de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 - rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de la disposition 3 (1) 18 de la LRSLD (2021).

Déclaration des droits des résidents

par. 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 :

18. Le résident a droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter le droit d'une personne résidente à son intimité en ce qui concerne ses besoins personnels.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Pendant l'inspection, des informations médicales personnelles et un document sur une personne résidente concernant ses besoins en matière de soins ont été observés dans une aire commune. Le codirecteur des soins infirmiers (DSI) n° 102 a reconnu que les informations n'étaient pas maintenues d'une manière qui respectait le droit de la personne résidente à ce que ses informations médicales et ses besoins personnels demeurent privés.

Avant la fin de l'inspection, les informations ont été retirées de l'aire commune.

Sources : observation d'un document écrit sur les informations médicales et les besoins de soins d'une personne résidente dans une aire commune, entretiens avec le co-DSI n° 102 et d'autres. [740735]

Date de mise en œuvre de la rectification : 3 juin 2024

Problème de conformité n° 002 - rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de la disposition 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les soins prévus relativement aux exigences pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait au personnel d'utiliser de l'équipement de protection individuelle (EPI)

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

et soulignait des précautions supplémentaires précises qui étaient nécessaires à des fins de PCI.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a affirmé que les précautions supplémentaires n'étaient pas requises pour prodiguer des soins à la personne résidente. Le responsable de la PCI/co-DSI n° 104 a confirmé que la personne résidente ne nécessitait plus de précautions supplémentaires et a reconnu que le programme de soins n'avait pas été révisé.

Avant la fin de l'inspection, le programme de soins a été mis à jour et les exigences concernant les précautions supplémentaires ont été retirées du programme de soins écrit.

Sources : programme de soins écrit d'une personne résidente, entretiens avec une PSSP et le responsable de la PCI/co-DSI n° 104 [585].

Date de mise en œuvre de la rectification : 28 mai 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de la disposition 6 (1) a) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une intervention de prévention et de gestion des chutes soit incluse dans le programme de soins écrit d'une personne résidente.

Justification et résumé

Les évaluations de l'ensemble minimal de données (MDS) et les protocoles d'évaluation (RAPS) d'une personne résidente indiquaient que celle-ci était à risque de chute et qu'elle avait besoin d'une intervention contre les chutes précise. Le programme de soins écrit de

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

la personne résidente a été examinée et ne comprenait pas
l'intervention précise.

Le DSI a reconnu que l'intervention n'était pas incluse dans le
programme de soins écrit de la personne résidente comme requis.

Le défaut de veiller à ce que le programme de soins écrit comprenne
l'intervention contre les chutes augmentait le risque de chute ou de
blessure de la personne résidente.

Sources : les évaluations MDS et les RAPS d'une personne résidente
(novembre 2023 et mars 2024), programme de soins d'une personne
résidente, entretien avec le DSI. [000769]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 004 Avis écrit remis aux termes de la
disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

par. 6(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants
soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus
dans le programme de soins de la personne résidente soient documentés
à une date en avril 2024.

Justification et résumé

Un examen du dossier clinique d'une personne résidente a identifié des
lacunes dans la documentation d'une PSSP dans Point of Care (POC) pour
11 tâches qui devaient être effectuées lors d'un quart de travail
déterminé en avril 2024.

Le DSI a confirmé que les PSSP devaient documenter dans POC les soins
prodigués aux personnes résidentes lors de chaque quart de travail.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente, entretien avec le
DSI et d'autres. [740735]

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel documente les soins prodigués de manière appropriée à une personne résidente, comme prévu dans le programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente soulignait que celle-ci avait besoin d'un niveau précis d'assistance du personnel avec un appareil déterminé pour les transferts.

En décembre 2023, plusieurs PSSP ont documenté dans POC que la personne résidente avait reçu un niveau d'assistance de transfert différent que celui exigé dans son programme de soins.

Une PSSP a déclaré qu'elle a transféré la personne résidente selon son programme de soins, mais en a fait un compte rendu incorrect.

Le défaut de veiller à ce que la documentation sur les soins prodigués à la personne résidente soit exacte avait le potentiel de contribuer à des évaluations inexactes de ses besoins en matière de soins.

Sources : programme de soins d'une personne résidente, documentation sur une personne résidente dans POC en décembre 2023, entretiens avec une PSSP et d'autres membres du personnel. [000769]

AVIS ÉCRIT : Services de diététique et d'hydratation

Problème de conformité n° 005 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 15 (2) de la LRSLD (2021).

Services de diététique et d'hydratation
par. 15 (2) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (1), le titulaire de permis veille à ce que les résidents reçoivent des aliments et des liquides sains, nutritifs, variés et en quantité suffisante.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive des liquides sains.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Une personne résidente présentait un diagnostic identifié avec un historique d'un problème déterminé connu. Son régime indiquait qu'elle avait besoin de liquides épaissis à une consistance déterminée.

Pendant l'inspection, un membre du personnel a préparé et servi à la personne résidente un liquide avec une consistance qui ne correspondait pas à son programme de soins. Le membre du personnel n'a pas respecté les lignes directrices de mélange pour épaissir les liquides ni la politique du foyer sur les liquides épaissis.

Le diététiste professionnel (Dt. P.) a reconnu que la consistance du liquide servi à la personne résidente n'aurait pas été saine.

Le défaut de veiller à ce que la personne résidente reçoive des liquides épaissis à une consistance saine selon ses besoins évalués a augmenté le risque de résultats potentiellement négatifs.

Sources : observation de la distribution des aliments, dossier clinique d'une personne résidente, tableau de mélange Nestle ThickenUp, politique « Liquides épaissis » [Thickened Fluids] (révisée le 14 février 2022), entretiens avec le Dt. P. et d'autres membres du personnel. [740735]

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 006 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 25 (1) de la LRSLD (2021).

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect de la politique écrite du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir une

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence pour une personne résidente.

Justification et résumé

L'article deux du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22 définit différentes formes de mauvais traitements, tout comme la politique écrite du foyer sur les mauvais traitements.

A) À une date déterminée en 2024, une allégation de mauvais traitement infligé à une personne résidente de la part d'un membre du personnel a été signalée à un membre du personnel infirmier autorisé. La politique écrite du foyer sur les mauvais traitements exigeait que le personnel signale immédiatement ses soupçons de mauvais traitement au personnel-cadre. Le co-DSI n° 102 a confirmé qu'aucun gestionnaire sur appel n'a pas été avisé immédiatement de l'allégation et que le foyer n'a pas commencé son enquête sur l'incident immédiatement.

B) Il a été déterminé qu'un membre du personnel infirmier autorisé a omis d'effectuer une évaluation complète de la tête aux pieds ou une évaluation de la douleur pour une personne résidente après que celle-ci l'ait mis au courant de l'allégation de mauvais traitement de la personne résidente, comme l'exige la politique écrite du foyer sur les mauvais traitements. Le DSI a reconnu que le membre du personnel infirmier autorisé aurait dû effectuer les évaluations requises après avoir été mis au courant de l'allégation de mauvais traitements.

L'omission du membre du personnel à respecter la politique du foyer sur les mauvais traitements a fait que les évaluations infirmières requises n'ont pas été effectuées, que la direction du foyer n'a pas été informée immédiatement d'une allégation d'incident de mauvais traitements et a retardé l'enquête sur l'incident.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente, politique « Mauvais traitements de SLD - Tolérance zéro pour les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes » [LTC Abuse - Zero-Tolerance for Resident Abuse and Neglect] (révisée en juillet 2023), entretiens avec le DSI, le co-DSI n° 102 et un membre du personnel infirmier autorisé. [740735]

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 007 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

par. 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 qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements étaient infligés à une personne résidente par un membre du personnel et avaient causé un préjudice ou un risque pour la personne résidente signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés à la directrice ou au directeur. Aux termes de la disposition 154 (3), le titulaire de permis était responsable du fait d'autrui à l'égard des membres du personnel qui ne respectaient pas la disposition 28 (1).

Justification et résumé

Un incident allégué de mauvais traitement infligé à une personne résidente par un membre du personnel a été signalé à un membre du personnel infirmier autorisé à une date déterminée en 2024. L'incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur, comme l'a confirmé le co-DSI n° 102.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente, un rapport du SIC, entretiens avec le co-DSI n° 102 et d'autres membres du personnel. [740735]

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 008 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Planification des menus

par. 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390(1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a été identifiée comme présentant un risque nutritionnel précis et était surveillée pour le problème en question. Une liste de référence de régime dans le foyer comportait des choix de menu planifiés pour la personne résidente.

Pendant l'observation d'une collation, un choix de menu planifié n'était pas disponible sur le chariot alimentaire ou n'a pas été offert à la personne résidente. Une PSSP a confirmé que ce choix n'était pas disponible. Le gestionnaire culinaire a reconnu que le choix de menu planifié inscrit sur la liste de référence de régime aurait dû être disponible et offert à la personne résidente.

Le défaut de rendre tous les choix de menu planifiés disponibles et offerts avait le potentiel d'affecter négativement la personne résidente.

Sources : observation d'un service de collation, dossier clinique d'une personne résidente, liste de référence de régime, entretien avec le gestionnaire culinaire, une PSSP et d'autres membres du personnel. [740735]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect de la disposition 102 (9) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections
par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de
chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises
immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et
les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes soient
consignés à chaque quart de travail lorsqu'une personne résidente a
présenté des symptômes indiquant une infection.

Justification et résumé

Le titulaire de permis devait veiller à ce que les symptômes indiquant
la présence d'une infection soient surveillés à chaque quart de
travail, conformément à toute norme ou tout protocole émis par le
directeur, et à ce que les symptômes soient consignés.

À une date en avril 2024, pendant un quart de travail déterminé, une
personne résidente a présenté des symptômes indiquant une infection.
La personne résidente a été placée en isolement. Lors du quart de
travail suivant, il n'y a pas eu de documentation sur sa condition; le
lendemain, le personnel a toutefois documenté les symptômes
d'infection que présentait la personne résidente.

Le responsable de la PCI/co-DSI n° 104 a confirmé que le personnel
n'avait pas suivi les attentes du foyer concernant la consignation des
symptômes d'infection à chaque quart de travail tandis que la personne
résidente était placée en isolement avec des précautions
supplémentaires en raison des symptômes indiquant une infection.

L'omission de consigner les symptômes indiquant la présence d'une
infection à chaque quart de travail avait le potentiel de mener à une
transmission accrue de l'infection dans le foyer.

Sources : Surveillance quotidienne des infections des soins de longue
durée (SLD) - notes d'évolution d'une personne résidente des services
de soins de santé Jarlette (JHS), entretien avec le responsable de la
PCI/co-DSI n° 104. [585]

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 010 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de de la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Traitement des plaintes

par. 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une enquête soit entreprise immédiatement lorsqu'une plainte verbale a été faite auprès d'un membre du personnel concernant les soins à une personne résidente et alléguant un préjudice ou risque de préjudice à la personne résidente.

Justification et résumé

À une date déterminée en 2024, une plainte a été faite auprès d'un membre du personnel infirmier autorisé alléguant le mauvais traitement d'une personne résidente.

La procédure du foyer au sujet des plaintes exigeait que le personnel documente le problème et que des mesures soient prises sur un formulaire de préoccupation et de plainte, amorce une enquête et avise le superviseur du problème. Une fois mis au courant, le gestionnaire sur appel devait commencer une enquête si elle n'avait pas déjà été amorcée.

Lors d'un examen de dossier et d'entretiens, il a été identifié que le formulaire de préoccupation et de plainte ainsi que l'enquête connexe n'avaient pas été amorcés immédiatement pour cette allégation.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le défaut d'un membre du personnel infirmier à respecter le processus de plaintes du foyer et à amorcer une enquête immédiatement a retardé la réaction au problème de la personne résidente.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente, politique « Gestion des préoccupations et des plaintes pour les SLD » [LTC Concerns and Complaints Management] (révisée en mars 2024), formulaire de préoccupation et de plainte, entretiens avec le DSI et un membre du personnel infirmier autorisé. [740735]