

**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

**Date d'émission du rapport :** 17 juillet 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1556-0002

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** The Regional Municipality of Halton

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Allendale, Milton

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20, 21 et du 24 au 28 juin, et le 2 juillet 2024

L'inspection concernait :

- Registre n° 00108262/Incident critique (IC) n° M536-000007-24 – en lien avec la prévention et la gestion des chutes.
- Registre n° 00116257/IC n° M536-000028-24 – en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Registre n° 00114483 – plainte en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence et les services de soins et de soutien aux personnes résidentes

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
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 : Programme de soins

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 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

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 n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive le régime alimentaire précisé dans son programme.

#### Justification et résumé

Une personne résidente a été observée pendant le déjeuner en train de consommer un aliment qui n'était pas conforme à la texture du régime alimentaire qu'elle avait commandé.

Le diététiste professionnel a confirmé que l'aliment ne correspondait pas à la directive donnée concernant le régime alimentaire de la personne résidente.

Le personnel n'a pas respecté le programme de soins de la personne résidente en ne lui fournissant pas une texture alimentaire conforme à ses besoins.

**Sources :** Dossiers de clinique de la personne résidente, observation et entretien avec le diététiste professionnel.

### AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

**Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

**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 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 de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme à la politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence après avoir été mis au courant d'un incident de mauvais traitements.

**Justification et résumé**

Un membre du personnel a été mis au courant d'un incident, mais n'a pas reconnu qu'il s'agissait d'un cas de mauvais traitements; il n'a donc pas signalé l'incident et n'a pas suivi les étapes prévues dans la politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le non-respect de la politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence aurait pu causer un préjudice injustifié aux personnes résidentes et nuire à l'enquête sur les mauvais traitements.

**Sources** : Politique de prévention, de signalement et d'élimination des mauvais traitements et de la négligence (datée de mai 2024), notes d'enquête sur les entretiens avec le personnel, entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Avis écrit en vertu du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 en lien avec le programme de prévention et de 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 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes

**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

médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le logo du statut de transfert d'une personne résidente soit affiché au-dessus du lit ou de l'armoire de soins de la personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer de soins de longue durée soit respectée.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer de soins de longue durée en veillant à ce que le logo de transfert soit placé au-dessus du lit ou de l'armoire de soins d'une personne résidente, en fonction des besoins de transfert de cette dernière.

**Justification et résumé**

Une observation a été faite dans la chambre d'une personne résidente et aucun logo ou affiche indiquant le statut de transfert de la personne résidente n'a été trouvé.

La politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer de soins de longue durée souligne la responsabilité du personnel autorisé de s'assurer que les logos sont placés au-dessus du lit ou de l'armoire de soins de la personne résidente, conformément aux besoins de transfert et de levage.

Un membre du personnel a reconnu que le logo du niveau de transfert de la personne résidente n'était pas présent dans la chambre.

Le fait de ne pas s'assurer que le logo de transfert est présent au-dessus du lit ou de l'armoire de la personne résidente peut faire en sorte que la personne résidente ne reçoive pas le niveau d'aide requis pendant les transferts en fonction de ses besoins en matière de transfert et de son programme de soins actuel.

**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 :** Politique du programme de prévention et de gestion des chutes (révisée pour la dernière fois en mai 2023), observation, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel.