

**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> 28 octobre 2024                                 |
| <b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1235-0003   |
| <b>Type d'inspection :</b>  |
| Plainte   |
| Incident critique   |
| Suivi   |
| <b>Titulaire de permis :</b> Grace Villa Limited                                    |
| <b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Grace Villa Nursing Home, Hamilton |

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 18 au 20 et les 23, 24, 26 et 27 septembre 2024 ainsi que du 1<sup>er</sup> au 4 et du 7 au 10 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00116149 [n° du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) : 2741-000015-24] – liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00117402 [IL-0126831-AH, IC n° 2741-000018-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Demande n° 00117694 [IL-0126956-AH, IC n° 2741-000021-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Demande n° 00118513 [IC n° 2741-000022-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Demande n° 00119721 [IC n° 2741-000027-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00121324 [IL-0128709-AH, IC n° 2741-000029-24] – liée à la prévention et la 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

- Demande n° 00123389 [IL-0129683-AH, IC n° 2741-000035-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00123555 [IC n° 2741-000036-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00123714 – IL-0129808-HA – Plainte portant sur des préoccupations concernant les services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Demande n° 00124071 – IL-0129991-HA/IL-0131736-HA – Plainte portant sur des préoccupations concernant les services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Demande n° 00124505 [IC n° 2741-000037-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00124706 [IC n° 2741-000038-24] – liée à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00125220 [IC n° 2741-000040-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00125522 – [IC n° 2741-000041-24] – liée à l'alimentation, la nutrition et l'hydratation

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Activités récréatives et sociales  
Gestion de la douleur  
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 : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

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 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée, notamment en ce qui concerne les enquêtes et la prise de mesures à l'égard des allégations de mauvais traitements.

**Justification et résumé**

À des dates données, la personne résidente a affirmé avoir subi des mauvais traitements la nuit. Le personnel infirmier autorisé, le gestionnaire de garde et la directrice des soins ont été immédiatement avisés de chaque incident.

À la lumière de la politique du foyer en matière de mauvais traitements, le médecin aurait dû être avisé des incidents de mauvais traitements présumés aussitôt que le foyer a pris connaissance de chacun d'eux, la personne résidente aurait dû être soutenue au moyen d'une communication régulière et d'une intervention, et l'aiguillage vers le travailleur social aurait dû être recommandé.

Le non-respect de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence a exposé la personne résidente à un risque, car il y a eu un retard dans l'évaluation et les interventions du médecin.

**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

ainsi qu'un manque de soutien, ce qui a eu un impact pour la personne résidente, qui n'était pas au courant des mesures prises après le premier incident pour la protéger, qui a demandé à plusieurs reprises au personnel de la croire à la suite du deuxième incident et qui était agitée et bouleversée.

**Sources :** Examen des notes d'évolution et des aiguillages de la personne résidente, dossiers d'enquête du foyer, politique en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Abuse/Neglect of a Resident Policy*), et entretiens avec le personnel, le médecin et le personnel infirmier autorisé.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

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 27 (3) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (3) Le titulaire de permis qui présente un rapport en application du paragraphe (2) le fait de la manière que prévoient les règlements et inclut tous les documents que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'enquête transmis au directeur concernant les allégations de négligence de la part du personnel envers la personne résidente englobe tous les documents que prévoient les règlements.

Conformément au sous-alinéa 115 (5) 2 (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22, le rapport doit comprendre une description des membres du personnel qui étaient présents.

**Justification et résumé**

À une date donnée, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant la négligence envers une personne résidente. Le nom des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) qui étaient présentes lors de l'incident ne figurait pas dans le rapport. L'entretien avec la directrice générale a

**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

confirmé que le nom des PSSP concernés aurait dû figurer dans le rapport d'incident critique.

**Sources :** Rapport d'incident critique n° 2741-000014-24, notes d'enquête et entretien avec la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 003 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)**

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 quiconque ayant des motifs raisonnables de soupçonner que les mauvais traitements infligés à une personne résidente ou la négligence envers elle lui avaient causé un préjudice ou l'avaient exposée à un risque de préjudice en fasse immédiatement rapport au directeur.

**Justification et résumé**

A. À une date donnée, la famille de la personne résidente a fait part à la direction de ses préoccupations concernant les soins de la peau et des plaies, ce qui, à son avis, avait entraîné l'hospitalisation et le décès de la personne résidente. L'examen du rapport d'incident critique a démontré que l'incident avait été signalé au directeur cinq jours après que les préoccupations ont été soulevées.

**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 :**

Rapport d'incident critique, notes d'enquête et notes d'évolution, et entretien avec la directrice générale.

**Justification et résumé**

B. À une date donnée, on a constaté que la personne résidente avait des problèmes d'incontinence vésicale et anale, et que son linge était très souillé. Les PSSP ont fait part de leurs préoccupations au personnel autorisé, et une enquête a été ouverte immédiatement; toutefois, le directeur n'en a été informé qu'à une date ultérieure.

**Sources :** Rapport d'IC, notes d'enquêtes et entretiens.

**Justification et résumé**

C. Lors d'un incident critique (IC) signalé par le foyer, il a été indiqué que des mauvais traitements d'ordre physique auraient été infligés à la personne résidente à une date donnée. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente a confirmé que l'incident s'était produit la veille. Le gestionnaire de garde a été immédiatement avisé de l'incident et en a informé la directrice des soins. La politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente exigeait que la directrice générale ou le gestionnaire de garde avertisse immédiatement le directeur de l'incident en le signalant après les heures normales de travail ou en remplissant un rapport d'incident critique obligatoire.

Il a été confirmé que la personne résidente avait affirmé avoir subi des mauvais traitements à une date donnée et que l'incident n'avait été signalé au directeur que deux jours plus tard.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, dossiers d'enquête transmis par le foyer, entretiens avec le personnel, politique du foyer en matière de mauvais traitements ou de mauvais traitements et de négligence présumés envers 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

personne résidente (*Abuse or Suspected Abuse/Neglect of a Resident Policy*), et IC n° 2741-000022-24.

**Justification et résumé**

D. L'IC n° 2741-000018-24 a été signalé à une date donnée, mais il s'était produit cinq jours auparavant. Le foyer était au courant de ces mauvais traitements, mais il n'a pas été en mesure de les signaler avant la date indiquée. La directrice générale reconnaît que l'IC a été communiqué tardivement.

La personne résidente était effrayée et perturbée sur le plan émotionnel, et ne pouvait pas dormir. Le personnel a pris connaissance de cet incident à une date donnée, mais ne l'a pas signalé au personnel autorisé. La directrice générale a communiqué avec la Ligne INFO des Soins de longue durée après les heures normales de travail à une date donnée, lorsqu'un autre membre du personnel a informé la direction du foyer au sujet de cet incident.

Le fait de ne pas signaler certaines questions au directeur retarde immédiatement sa capacité de réagir aux incidents.

**Sources :** IC n° 2741-000018-24, notes d'évolution de la personne résidente et entretiens avec la directrice générale et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect : de l'alinéa 20 b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

b) il est sous tension en tout temps;

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale d'une personne résidente soit sous tension.

**Justification et résumé**

À une date donnée, une personne résidente était bouleversée et tentait d'atteindre sa sonnette d'appel. On a constaté que la sonnette d'appel était débranchée et enroulée dans un panier sur la table de chevet.

L'absence de sonnette d'appel pour les personnes résidentes les a exposées à un risque, car elles ne pouvaient pas demander de l'aide à la suite d'un incident présumé de mauvais traitements.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

1. Une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait une description écrite du programme de soins alimentaires et de services de diététique exigé en vertu de l'article 15 de la *LRSLD* qui comprenait les procédures et protocoles pertinents pour les méthodes de réduction des risques.

**Justification et résumé**

Les politiques et procédures en vigueur en août 2024 concernant les régimes alimentaires à texture modifiée ont été demandées aux fins d'examen. Le foyer a présenté sa politique en matière de préparation d'aliments à texture modifiée (*Modified Textures Food Preparation*) et l'aperçu de son programme de soins alimentaires et d'hydratation (*Overview of Nutrition and Hydration Program*), qui font tous deux référence aux normes de texture des aliments (*Diet Texture Standards*).

Le foyer ne disposait d'aucun document écrit sur les normes de texture des aliments en vigueur en août 2024.

**Sources :** Politique en matière de préparation d'aliments à texture modifiée (*Modified Textures Food Preparation*), révisée le 23 janvier 2024; aperçu de la politique du programme de soins alimentaires et d'hydratation (*Overview of Nutrition and Hydration Program*), révisée le 23 janvier 2024; et entretien avec la directrice générale et le gestionnaire de la nutrition du foyer.

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs d'une personne résidente lorsque cette dernière a manifesté de tels comportements.

**Justification et résumé**

La personne résidente avait une déficience cognitive et avait du mal à s'exprimer. Les comportements réactifs comprenaient de multiples comportements envers les personnes résidentes.

À une date donnée, la personne résidente a commencé à manifester des comportements réactifs. On a constaté que le personnel n'appliquait pas le programme de soins pour désamorcer les comportements de la personne résidente.

**Sources :** Notes d'évolution, notes d'enquêtes, enregistrement vidéo et entretien avec le personnel autorisé.

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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

**Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration et de collation qui comprenne, au minimum, la fourniture aux personnes résidentes des aides à l'alimentation et des appareils fonctionnels nécessaires pour boire en toute sécurité de façon aussi confortable et indépendante que possible.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait des antécédents d'incidents de suffocation. Son programme de soins prévoyait la fourniture d'aides à l'alimentation précises pendant ses repas.

Au cours d'un repas, la personne résidente n'a pas bénéficié du programme de soins qui lui était destiné.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente ait une tasse pour répondre à ses besoins en matière de soins risquait de diminuer la déglutition sans danger.

**Sources :** Observation de la personne résidente à une date donnée, notes sur les repas servis à la personne résidente et entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Gestionnaire de la nutrition**

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

**Non-respect : du paragraphe 81 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestionnaire de la nutrition

Paragraphe 81 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit assigné à l'égard du foyer au moins un gestionnaire de la nutrition qui dirige le programme de soins alimentaires et de services de diététique pour le foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 81 (1).

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un gestionnaire de la nutrition soit assigné au foyer pour y diriger le programme de soins alimentaires et de services de diététique.

**Justification et résumé**

Du 2 septembre 2024 au 6 octobre 2024, aucun gestionnaire de la nutrition n'a dirigé le programme de soins alimentaires et de services de diététique au foyer. Le foyer a fait observer qu'il avait fait des efforts pour remplir les fonctions requises de la part d'un gestionnaire de la nutrition en embauchant un cuisinier temporaire d'agence et en déployant le soutien du personnel opérationnel, de la directrice générale et du personnel des soins diététiques; cependant, il a confirmé que personne n'avait travaillé en qualité de gestionnaire de la nutrition pendant la période établie.

Le diététiste professionnel qui travaillait au foyer a signalé qu'il ne travaillait pas en tant que gestionnaire de la nutrition. La description de travail du diététiste professionnel a été examinée et ne précisait pas que le diététiste professionnel devait travailler en tant que gestionnaire de la nutrition.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'il y ait au moins un gestionnaire de la nutrition au foyer risquait d'accroître les lacunes en matière d'organisation et de supervision du programme de soins alimentaires et de services de diététique.

**Sources :** Entretien avec la directrice générale, entretien avec le diététiste professionnel, antécédents de travail du cuisinier d'agence et description de travail du diététiste-conseil.

**AVIS ÉCRIT : Avis : incidents**

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

**Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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

Avis : incidents

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit immédiatement avisé d'un incident soupçonné de mauvais traitements envers une personne résidente qui lui ont causé une lésion physique, des douleurs et de la détresse.

**Justification et résumé**

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant les mauvais traitements présumés de la part du personnel envers la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. Les documents ont confirmé qu'il y avait eu des mauvais traitements présumés de la part du personnel envers la personne résidente. La documentation n'a pas permis d'indiquer que le mandataire spécial de la personne résidente avait immédiatement été informé de l'incident. Les documents ont précisé que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident environ 48 heures plus tard.

La directrice générale a souligné que le mandataire spécial de la personne résidente aurait dû être immédiatement informé de l'incident.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente, enquête du titulaire de permis, IC n° 2741-000018-24, politiques du titulaire de permis

**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

concernant les mauvais traitements ou les mauvais traitements et la négligence présumés envers une personne résidente, et entretiens avec le personnel et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Évaluation**

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

**Non-respect : de l'alinéa 106 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation

Article 106 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) il est procédé promptement à une analyse de chaque cas de mauvais traitements ou de négligence envers un résident du foyer après qu'il en prend connaissance;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une analyse de chaque cas de mauvais traitements soit faite promptement après que le foyer en ait pris connaissance.

**Justification et résumé**

À une date donnée, la personne résidente a affirmé avoir subi des mauvais traitements. Un examen des dossiers du foyer et un entretien avec le personnel ont confirmé que cet incident n'avait jamais été analysé. À une autre date donnée, la personne résidente a allégué qu'un autre incident de mauvais traitements s'était produit. L'analyse a seulement permis de constater que l'allégation était non fondée.

L'absence d'une analyse visant à cerner les changements et les améliorations à apporter pour éviter que de tels événements ne se reproduisent a entraîné un risque pour la personne résidente.

Sources : Dossiers d'enquête du foyer pour l'IC n° 2741-000021-24/2741-000022-24, entretien avec la directrice générale et le personnel, et politique en matière 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 Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

mauvais traitements ou de mauvais traitements et de négligence présumés envers une personne résidente (*Abuse or Suspected Abuse/Neglect of a Resident Policy*).

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
  - (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un chariot à médicaments verrouillé.

**Justification et résumé**

A. À une date et à une heure données, l'inspectrice ou l'inspecteur a aperçu un chariot de médicaments à l'extérieur de la salle à manger près de l'aile sud. L'inspectrice ou l'inspecteur a pu ouvrir et fermer les tiroirs. Le personnel a confirmé que le chariot de médicaments n'était pas surveillé par le personnel autorisé qui l'utilisait et qu'il aurait dû être verrouillé.

Le fait que le chariot de médicaments n'ait pas été verrouillé a présenté un risque minime pour les personnes résidentes qui ont passé tout près au moment de l'observation.

**Sources :** Observation du chariot de médicaments déverrouillé et entretien avec le personnel autorisé.

**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

**Justification et résumé**

B. À une date et à une heure données, à l'extérieur de la salle à manger, le personnel a laissé à plusieurs reprises le chariot de médicaments sans surveillance et déverrouillé pour administrer des médicaments aux personnes résidentes. Des personnes résidentes ont été vues en train d'entrer dans la salle à manger et d'en sortir. L'entretien avec le personnel a confirmé que le chariot devait être verrouillé lorsqu'il n'était pas surveillé.

Le fait que le chariot de médicaments n'ait pas été verrouillé a présenté un risque minime pour les personnes résidentes qui ont passé tout près au moment de l'observation.

**Sources :** Observation à une date donnée et entretien avec le personnel.

**Justification et résumé**

C. À une date et à une heure données, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que le chariot de médicaments à l'extérieur de la salle à manger principale n'était pas verrouillé. L'inspectrice ou l'inspecteur a pu ouvrir le chariot et accéder aux médicaments. Le personnel a confirmé que le chariot devait être verrouillé lorsqu'il n'était pas surveillé.

Le fait que le chariot de médicaments n'ait pas été verrouillé a présenté un risque minime pour les personnes résidentes de l'unité.

**Sources :** Observation à une date donnée et entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

**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 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient administrés à la personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Justification et résumé**

À une date donnée, de nouvelles ordonnances du médecin ont englobé un changement de la dose d'un médicament et de l'heure d'administration pour la personne résidente. Le soir suivant, le personnel autorisé a administré à la fois la dose du soir qui avait été interrompue et la nouvelle dose du médicament. La personne résidente a pu cerner l'erreur et l'a signalée au personnel le lendemain. L'entretien avec le directeur adjoint des soins a confirmé que le personnel autorisé n'avait pas administré le médicament à la personne résidente comme l'avait ordonné le médecin.

**Sources :** Formulaire de résolution des différends, notes d'évolution, registre électronique d'administration des médicaments (RAMe), politique d'administration des médicaments du foyer et entretien avec le directeur adjoint des soins.

**AVIS ÉCRIT : Formation et orientation**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 257 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de formation et d'orientation

Paragraphe 257 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré et mis en œuvre à l'égard du foyer un programme de formation et d'orientation en vue d'offrir la formation et l'orientation qu'exigent les articles 82 et 83 de la Loi.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit élaboré et mis en œuvre à l'égard du foyer un programme de formation et d'orientation en vue d'offrir la formation et l'orientation qu'exigent les articles 82 et 83 de la Loi.

**Justification et résumé**

Le paragraphe 82 (8) de la *LRSLD* (2021) exige que le titulaire de permis veille à ce que toute personne occupant un poste de leadership au foyer reçoive une formation dans les domaines que prévoient les règlements, et que cette formation soit donnée par les fournisseurs de formation prévus par les règlements, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Dans le cadre du programme de formation et d'orientation du foyer, une liste de contrôle de l'orientation a été élaborée pour les postes de directeur et directeur adjoint des services cliniques.

La liste de contrôle comprenait le registre requis des éléments suivants :

- Dates de formation et signatures des membres du personnel et du formateur pour les différents volets de la formation;
- Signatures attestant que le personnel en formation ainsi que le superviseur et le responsable désigné ont suivi l'orientation;
- Attestation que les membres du personnel en formation ont lu les documents requis, qu'ils ont compris tous les domaines énumérés dans la liste de contrôle, qu'ils ont eu l'occasion de poser des questions et que les réponses leur ont été transmises en temps utile.

La liste de contrôle devait être versée au dossier des membres du personnel une fois la formation suivie, dans le mois suivant l'embauche.

Les membres du personnel ont commencé à travailler au foyer en janvier 2023. Les documents ont démontré qu'ils avaient suivi la formation de base obligatoire pour tout le personnel à l'embauche; cependant, il n'y avait aucun document dans le dossier du personnel, et le foyer n'a pas été en mesure de le retrouver pendant

**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

l'inspection pour s'assurer que les membres du personnel avaient suivi l'orientation requise pour exercer leur rôle précis de leadership.

Le fait de ne pas veiller à ce que les membres du personnel aient suivi tous les volets de l'orientation pour leur poste de leadership pouvait avoir une incidence négative sur leur capacité de soutenir efficacement le personnel et les personnes résidentes du foyer.

**Sources :** Dossier des membres du personnel, liste de contrôle de l'orientation – directeur et directeur adjoint des services cliniques, et entretien avec le personnel.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 001 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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.

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à se conformer à [l'alinéa 155 (1) b) de la *LRSLD* (2021)] :**

Le plan doit comprendre, entre autres, ce qui suit :

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et exécuter un plan visant à garantir que les personnes résidentes dont les lésions de pression s'aggravent ne fassent l'objet d'aucune négligence de la part du personnel.

Le plan doit comprendre notamment les mesures à court et à long terme que le foyer prendra pour que les personnes résidentes dont les lésions de pression

**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

s'aggravent reçoivent des soins de la peau et des plaies afin de favoriser la guérison, le confort et la prévention de l'infection.

Veuillez soumettre le plan écrit pour l'atteinte de la conformité en réponse à l'inspection n° 2024\_1235\_0003 à l'inspectrice ou l'inspecteur de foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel, à l'adresse HamiltonDistrict.MLTC@ontario.ca, au plus tard le 8 novembre 2024.

Veuillez vous assurer que le plan écrit présenté ne contient pas de renseignements personnels ni de renseignements personnels de santé.

**Motifs**

A. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il n'y ait aucune négligence de la part du personnel envers la personne résidente.

**Justification et résumé**

La personne résidente a été admise au foyer alors qu'elle avait une plaie de pression. L'examen des évaluations hebdomadaires de la plaie a démontré que celle-ci continuait de s'agrandir et de se détériorer chaque semaine, et dégageait des odeurs.

L'examen du dossier de traitement a permis de constater que le traitement avait été modifié et comprenait le nettoyage de la plaie et l'utilisation d'une solution topique trois fois par semaine. La plaie a continué de se détériorer, mais la fréquence du traitement a été réduite à deux fois par semaine.

L'examen du programme de soins a démontré qu'aucun avis n'avait été transmis au médecin jusqu'à ce que 23 jours se soient écoulés depuis la consignation des odeurs; à ce moment-là, les nouvelles ordonnances ont englobé le prélèvement d'un échantillon de la plaie et l'administration d'antibiotiques. Plus tard, la personne résidente a été transférée à l'hôpital en raison d'un changement de son état de santé et elle est décédée.

**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

Les préoccupations de la famille ont été consignées et comprenaient notamment le fait que celle-ci n'avait pas été informée de l'aggravation de l'état de santé de la personne résidente. L'examen des notes d'enquête et l'entretien avec le directeur adjoint des soins ont confirmé que le médecin et la famille de la personne résidente n'avaient pas su que le personnel continuait d'évaluer la plaie alors que celle-ci s'aggravait. En outre, il n'y a pas eu d'aiguillages vers un physiothérapeute ou un consultant externe alors que la plaie s'aggravait.

On a signalé qu'aucune mesure d'intervention supplémentaire n'avait été prise au foyer.

L'examen des dossiers de formation sur les soins de la peau et des plaies a démontré qu'il n'y avait eu aucune formation pour le personnel autorisé, particulièrement les responsables de la coordination des soins de la peau et des plaies, concernant leurs responsabilités dans le cadre du programme de soins de la peau et des plaies.

La cause du décès de la personne résidente, telle qu'elle a été établie par le coroner, était une fasciite nécrosante et une septicémie attribuables à une plaie de pression.

B. Le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente no 008 contre des mauvais traitements d'ordre affectif.

Selon l'alinéa 2 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, « mauvais traitements d'ordre affectif » s'entend de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

**Justification et résumé**

**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

À une date donnée, la personne résidente n° 008 a informé le personnel qu'un membre du personnel avait refusé de lui donner un bain et avait formulé des commentaires désobligeants au sujet de son odeur corporelle devant un autre membre du personnel. C'est ce qu'ont confirmé l'examen des notes d'enquête et l'entretien avec le personnel. L'entretien avec le travailleur social du foyer a démontré que la personne résidente était bouleversée et n'avait pas le goût de sortir pour rencontrer d'autres personnes résidentes, car elle était gênée et se sentait humiliée.

**Sources :** notes d'enquête, notes d'évolution, entretien avec le personnel.

B. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre la négligence de la part du personnel.

**Justification et résumé**

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/7 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Une personne résidente avait des troubles cognitifs légers et avait besoin d'une aide importante de la part du personnel pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ). À une date donnée, on a constaté qu'une personne résidente avait été laissée souillée et que les membres du personnel censés lui fournir des soins l'avaient négligée. L'incident a fait l'objet d'une enquête de la part du foyer, et il a été noté que le membre du personnel désigné avait été retiré de l'équipe de soins.

**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 :** Documentation de l'application Point of Care (POC), notes d'enquête, protocole d'évaluation des personnes résidentes (*Resident Assessment Protocol*), programme de soins écrit et entretien avec le personnel.

**Sources :** Évaluations des soins de la peau et des plaies, notes d'enquête, dossiers de formation, notes d'évolution, entretien avec le personnel et déclaration de décès.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

31 décembre 2024

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA n° 001)**

**Lié à l'ordre de conformité OC n° 001**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11 000,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Problème de conformité précédent en vertu de l'article 24 dans un ordre de conformité de l'inspection n° 2022\_943988\_0007 délivré le 28 mars 2022.

**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

Il s'agit du deuxième APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Services de diététique et d'hydratation**

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 15 (2) de la *LRSLD* (2021)**

Services de diététique et d'hydratation

Paragraphe 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.

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a]) :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

a) Donner à l'ensemble du personnel du foyer une formation sur les procédures d'épaississement manuel des boissons afin de s'assurer que toutes les personnes résidentes ayant besoin de liquides épaissis reçoivent des liquides ayant une consistance sûre et adaptée à leurs besoins.

**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

b) Effectuer des vérifications quotidiennes au deuxième étage pendant un service de repas et entre les services de repas et de boissons jusqu'à la date d'échéance de mise en conformité pour voir à ce que le personnel chargé d'épaissir manuellement des boissons pour les personnes résidentes le fasse de manière appropriée selon le produit épaississant utilisé et réponde aux besoins cernés des personnes résidentes.

c) Tenir un registre des vérifications en y inscrivant le nom du membre du personnel qui les effectue, le nom du membre du personnel qui prépare le liquide épaissi, le produit épaississant utilisé, le nom de la personne résidente pour qui la boisson est préparée et à qui cette dernière est servie, l'ordre de consistance des liquides servis à la personne résidente, l'heure à laquelle les vérifications ont été effectuées, et toute mesure corrective prise, le cas échéant.

**Motifs**

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

**Justification et résumé**

Le foyer a utilisé l'épaississant ThickUp Clear pour épaissir les boissons chaudes. Le produit indiquait la quantité de poudre épaississante à ajouter aux boissons pour obtenir la consistance désirée et précisait qu'il fallait remuer rapidement la poudre à l'aide d'une cuillère jusqu'à sa dissolution complète. Le produit indique que les liquides clairs s'épaissent en une à cinq minutes.

À une date donnée, le personnel infirmier autorisé a estimé qu'une personne résidente avait besoin d'un liquide épais de type nectar après avoir éprouvé des difficultés à consommer un liquide fin.

À une date donnée, avant le souper, un membre du personnel a préparé une boisson pour la personne résidente, mais n'a pas suivi le protocole d'épaississement des liquides. La personne résidente a consommé la boisson et s'est étouffée. Le

**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

personnel a dû appliquer les procédures de sauvetage, et elle a été transférée à l'hôpital. La personne résidente est décédée quatre jours plus tard.

Le personnel a examiné la boisson et a constaté qu'elle contenait de l'épaississant non dissous et qu'elle n'avait pas été épaissie à une consistance adéquate pour la personne résidente.

L'administration d'un liquide dangereux a entraîné un préjudice réel puisqu'elle a provoqué un étouffement, le diagnostic d'une pneumonie par aspiration et le décès.

**Sources :** Séquence vidéo, entretien avec le personnel autorisé, directives sur la préparation de l'épaississant de liquides ThickenUp Clear, documents sur le résumé du congé de l'hôpital, notes d'évolution de la personne résidente et notes d'enquête.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

1<sup>er</sup> novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Formation**

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021).**

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.

**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

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a]) :**

Le titulaire de permis doit examiner les éléments ci-dessous.

- a) Examiner et mettre à jour la formation d'orientation pour :
  - i. l'ensemble du personnel infirmier autorisé afin de voir à ce qu'elle englobe les exigences du programme de soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Program*) en rapport avec ses responsabilités;
  - ii. tout le personnel afin de veiller à ce qu'elle comprenne une formation sur les procédures adéquates d'épaississement des liquides.
- b) Conserver une trace écrite de l'examen, y compris la date, le nom des personnes qui y ont participé et les mesures prises en vue de la mise à jour de l'orientation et de la formation, dont le contenu et le matériel de la formation d'orientation à jour.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune des personnes mentionnées au paragraphe (1) n'exerce ses responsabilités avant d'avoir suivi une formation sur la politique en rapport avec ses responsabilités.

**Justification et résumé**

A. La politique du foyer en matière d'épaississement des liquides (*Thickening Fluids Policy*) précise qu'il faut donner à l'ensemble du personnel une formation sur les bonnes procédures d'épaississement.

Un membre du personnel a été embauché en 2023 et a été chargé de l'épaississement des liquides. Le membre du personnel n'a pas suivi de formation sur l'épaississement des liquides avant le 6 septembre 2024.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le personnel ait suivi une formation sur une politique en rapport avec ses responsabilités avant d'exercer ses fonctions a

**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

entraîné un risque réel de préjudice, car un incident s'est produit parce que le personnel n'avait pas suivi les procédures adéquates d'épaississement des liquides, ce qui a entraîné l'étouffement d'une personne résidente.

**Sources :** Entretien avec le directeur adjoint des soins; politique en matière d'épaississement des liquides (*Thickening Fluids Policy*), révisée le 23 janvier 2024; et IC n° 2741-000037-24.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel n'exerce ses responsabilités avant d'avoir suivi une formation sur les politiques en rapport avec ses responsabilités.

**Justification et résumé**

B. La politique du programme de gestion de la peau et des plaies du foyer (*Skin and Wound Management Program Policy*) exigeait que les membres du personnel autorisé connaissent leurs responsabilités, y compris l'envoi d'aiguillages, les évaluations hebdomadaires des plaies et ce qu'il faut intégrer dans les documents.

L'examen des dossiers de formation transmis par le foyer comprenait un programme virtuel de soins de la peau et des plaies pour le personnel de première ligne sur la plateforme Surge Learning.

L'examen du module de formation n'a pas couvert les responsabilités du personnel autorisé et de la personne responsable de la coordination des soins de la peau et des plaies en ce qui concerne les tâches énoncées dans la politique du programme de soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Care Program Policy*). L'entretien avec le directeur adjoint des soins a confirmé que le foyer avait établi qu'une formation plus poussée sur la peau et les plaies s'imposait, et qu'il était en train de donner à l'ensemble du personnel autorisé une formation sur le programme de soins de la peau et des plaies ainsi que sur les politiques et les attentes du foyer en matière de photographie des plaies.

**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

À une date donnée, deux membres du personnel autorisé d'agence qui travaillaient au deuxième étage ont refusé de suivre une formation sur le programme de soins de la peau et des plaies du foyer. L'entretien avec le directeur adjoint des soins a révélé que les membres du personnel, qui avaient commencé à travailler en août 2024, n'avaient pas suivi le module virtuel du programme de soins de la peau et des plaies sur la plateforme Surge Learning, et qu'ils avaient effectué un quart d'orientation avec des membres du personnel autorisé permanent au cours duquel les volets de tous les programmes requis ont été examinés.

**Sources :** Entretien avec le directeur adjoint des soins, module d'apprentissage sur le programme de soins de la peau et des plaies sur la plateforme Surge Learning, et dossiers de formation du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

1<sup>er</sup> novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 90 (1) a) de la *LRSLD* (2021)**

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 90 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment :

a) des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence, notamment les épidémies et les pandémies;

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit :

**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

- a) effectuer des vérifications quotidiennes de l'ensemble des machines d'aspiration à tous les étages du foyer jusqu'à la date d'échéance de mise en conformité afin de s'assurer qu'elles sont toutes dans un état de fonctionnement optimal et sont disponibles à tout moment;
- b) tenir un registre des vérifications quotidiennes en y inscrivant le nom des membres du personnel chargés de la vérification, la date à laquelle les vérifications ont été effectuées et toute mesure corrective prise.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose de plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment en ce qui concerne les mesures à prendre pour faire face et réagir aux situations d'urgence.

**Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que des plans d'urgence sont en place pour faire face et réagir aux situations d'urgence.

De façon précise, le foyer n'a pas suivi sa politique d'urgence médicale code bleu (*Code Blue – Medical Emergency*) et l'exigence subséquente énoncée dans sa politique en matière d'aspiration des voies respiratoires (*Suctioning of the Airway*).

Conformément à la politique d'urgence médicale, dès que le code bleu est déclenché, le chariot du code bleu doit être livré sur le site de l'urgence. Le chariot du code bleu comprenait une machine d'aspiration.

Selon la politique en matière d'aspiration des voies respiratoires, chaque établissement doit disposer d'au moins une machine d'aspiration facilement

**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

accessible, en état de fonctionnement et disponible à tout moment en cas d'urgence.

À une date donnée, à l'heure du souper, une urgence médicale de type code bleu s'est produite au foyer lorsqu'on a constaté qu'une personne résidente était en train de s'étouffer. La personne résidente a eu besoin des procédures de sauvetage de la part du personnel infirmier autorisé. Au moment de l'incident, la machine d'aspiration n'était pas en état de fonctionnement pour le personnel, car elle n'avait pas été branchée pour se recharger complètement.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la machine d'aspiration soit en état de fonctionnement et disponible à tout moment a entraîné un risque réel de préjudice pour la personne résidente, car cette situation a limité les ressources dont le personnel disposait pour fournir des soins d'urgence à la personne résidente.

**Sources :** Politique d'urgence médicale code bleu (*Code Blue – Medical Emergency*), révisée le 23 janvier 2024; politique en matière d'aspiration des voies respiratoires (*Suctioning of the Airway*), révisée le 1<sup>er</sup> janvier 2024; séquence vidéo; et entretien avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le  
1<sup>er</sup> novembre 2024**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Techniques de transfert et de changement de position**

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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

**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

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.

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1 a)] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

- a) Mettre à jour la politique du foyer en matière de levage et de transfert de manière à y intégrer une évaluation des transferts lorsque le statut de transfert d'une personne résidente change.
- b) Veiller à ce que le personnel concerné examine le constat de non-conformité établi ainsi que les modifications apportées à la politique en matière de levage et de transfert sécuritaires.
- c) Conserver une trace écrite de toute modification apportée à la politique et des examens effectués par le personnel.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente bénéficie des techniques de transfert sécuritaire.

**Justification et résumé**

Le matin d'une date donnée, un membre du personnel était en train de transférer seul une personne résidente du lit à une chaise, lorsqu'elle est tombée. Les évaluations de l'ensemble des données minimales (MDS) et les protocoles d'évaluation des résidents (RAPS) de janvier 2024 ont révélé que la personne résidente avait besoin d'une aide importante de la part de deux personnes ou plus.

**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

Le programme axé sur l'absence de levage et de transfert (*Zero Lift and Transfer Program*) de la politique du foyer en matière de soins infirmiers exige que les membres du personnel autorisé réalisent une évaluation de levage et de transfert sécuritaires (*Safe Lift and Transfer Assessment [S.A.L.T.]*) lors de l'admission d'une personne résidente ou du changement de son état de santé, et que tous les membres du personnel participant à son transfert signalent tout changement de son état de mobilité. L'entretien avec le directeur adjoint des soins a confirmé qu'une évaluation S.A.L.T. devait également être réalisée au moment où une personne résidente passait d'une aide à une personne à une aide à deux personnes pour recevoir une assistance accrue.

En outre, l'examen des notes d'enquête du foyer et l'entretien avec la directrice générale ont révélé que, bien que les membres du personnel aient tenté de nettoyer le plancher, la personne résidente était incontinent et avait glissé sur le plancher mouillé lors de son transfert. Lors de sa chute, la personne résidente a subi de multiples fractures.

Le fait que la personne résidente n'ait pas été transférée par deux membres du personnel et le fait d'avoir effectué un transfert sur un plancher mouillé ont entraîné une chute qui a causé de multiples blessures.

**Sources :** Évaluation MDS de la personne résidente, programme de soins écrit, rapport d'enquête de la documentation POC pour les mois d'avril et mai 2024, et entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

7 novembre 2024

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)**

**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

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA n° 002)**

**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 005**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Le premier ordre de conformité (OC) a été délivré le 4 octobre 2023 dans le cadre de l'inspection n° 2023\_1235\_0004.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**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

**PROBLÈME DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (ii) 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,  
(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a]) :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

- a) Réaliser une évaluation des personnes résidentes du foyer qui présentent des lésions de pression supérieures au stade 2 et des odeurs afin de veiller à ce que des mesures d'intervention immédiates visant la prévention d'infections soient prises.
- b) Conserver une trace écrite de la vérification et des mesures prises en conséquence.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une lésion de pression reçoive un traitement immédiat visant la prévention d'infections.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été admise au foyer pour une lésion de pression à un certain stade. L'examen des évaluations hebdomadaires de la plaie a démontré que

**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

celle-ci continuait de s'agrandir et de se détériorer chaque semaine, et dégageait des odeurs. L'examen du programme de soins a permis de constater un retard dans le traitement de la plaie de la personne résidente. L'examen des notes d'enquête et l'entretien avec le directeur adjoint des soins ont confirmé que des mesures n'avaient pas été prises, car la plaie présentait des signes et des symptômes d'infection.

Le fait de ne pas avoir pris des mesures immédiates lorsque la plaie de la personne résidente a commencé à présenter des signes et des symptômes d'infection a entraîné une septicémie et le décès.

**Sources :** Évaluations des soins de la peau et des plaies, notes d'enquête, notes d'évolution et ordres, entretien avec le personnel, et lettre du coroner.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

1<sup>er</sup> novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 Programme de soins**

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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;

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

**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

- a) Mettre à jour le programme de soins de la personne résidente désignée, y compris tout document que le personnel peut consulter pour la direction des soins, de manière qu'il englobe des directives claires sur le nombre de membres du personnel qui doivent fournir les soins et sur l'obligation que des membres du personnel de sexe féminin soient présents.
- b) Sensibiliser tous les membres du personnel désignés qui travaillent de nuit à l'étage de la personne résidente, de même que les membres du personnel de nuit responsables. Tenir un registre de la formation, du nom des personnes qui l'ont suivie et des dates auxquelles elle a été donnée.

**Motifs**

A. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins transmette des directives claires au personnel de première ligne quant aux membres du personnel qui doivent administrer les soins à la personne résidente.

**Justification et résumé**

L'évaluation de la personne résidente a démontré que celle-ci avait besoin physiquement de deux membres du personnel pour tous les soins et qu'elle préférait recevoir ces derniers uniquement de la part de femmes. Lors d'un entretien avec la personne résidente, celle-ci a déclaré qu'elle ne se sentait toujours pas en sécurité au foyer et que cette situation dépendait de la personne qui s'occupait d'elle.

Le cardex de la personne résidente n° 007 englobait deux directives différentes quant à la personne chargée de lui donner les soins.

1) Deux membres du personnel devaient être là en tout temps pour lui donner les soins en tant que témoins. Aucun membre du personnel de sexe masculin ne pouvait assurer les soins.

**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) Deux membres du personnel étaient chargés de donner les soins en tant que témoins. Dans la mesure du possible, il devait s'agir de PSSP de sexe féminin. Lorsqu'un travailleur social de sexe masculin doit aider à l'administration des soins, il doit être accompagné d'une infirmière ou d'un PSSP de sexe féminin.

En raison d'une documentation incohérente dans le programme de soins, les membres du personnel ont déclaré que la question de savoir qui s'occuperaient de la personne résidente n'était pas claire pour eux.

L'absence de directives claires concernant la préférence de personnes résidentes pour un membre du personnel de sexe féminin a eu un impact sur la personne résidente, qui ne se sentait pas en sécurité selon la personne qui lui administrait des soins et qui continuait de recevoir des soins de la part de membres du personnel de sexe masculin pendant le quart de nuit.

**Sources :** Dossiers de documentation POC, dossiers d'enquête du foyer et entretiens avec la personne résidente et le personnel.

B. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins énoncés dans le programme de soins d'une personne résidente donnent des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

**Justification et résumé**

Le programme de soins écrit d'une personne résidente ne donnait pas de directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente. Le programme de soins actuel précisait que la personne résidente n'allait pas aux toilettes et qu'elle était changée dans son lit aux fins de l'assurance de sa sécurité, et il a été mis à jour par le personnel autorisé à une date donnée. Le programme de soins précédent précisait que deux personnes

**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

devaient apporter une aide accrue à la personne résidente pour l'emmener aux toilettes.

Lors d'un entretien avec les membres du personnel, ceux-ci ont fait observer que la personne résidente se rendait aux toilettes avec l'aide de deux personnes. Il n'y a pas eu de changement dans le statut de transfert et la mobilité de la personne résidente à la suite de sa récente chute, en juillet.

Lors d'un entretien avec le membre du personnel infirmier autorisé n° 114 à une date donnée, celui-ci a examiné le programme de soins de la personne résidente et a déclaré qu'il ne renfermait pas de directives claires sur le fait que la personne résidente avait besoin de l'aide du personnel pour aller aux toilettes. Il a également admis qu'il existait un risque en raison de l'absence de directives claires à l'intention du personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel dispose de directives claires sur l'aide à apporter à la personne résidente pour l'emmener aux toilettes peut entraîner l'administration de soins inadéquats.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
29 novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 Avis : police**

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : police

**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

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1 a)] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

- a) Effectuer une vérification de tous les IC soumis au directeur depuis le 15 mai 2024 jusqu'à la date d'échéance de mise en conformité concernant des mauvais traitements allégués, soupçonnés ou observés afin de s'assurer que la police est immédiatement contactée en cas d'incident susceptible d'avoir donné lieu à une infraction criminelle. La vérification doit comprendre un registre des incidents, un examen des entretiens et des déclarations des témoins, et des notes décisionnelles sur la question de savoir si les incidents représentent une infraction criminelle. Si la police n'a pas été contactée alors qu'une infraction criminelle aurait pu être commise, la documentation des mesures correctives prises s'impose. Consigner la date de la vérification, le nom et la désignation de la personne chargée de la vérification, ainsi que toute mesure corrective prise.
- b) Veiller à ce que l'ensemble des infirmières autorisées et des gestionnaires reçoivent une formation sur les exigences en matière de signalement d'une infraction criminelle. Cette formation devrait comprendre un cours sur ce qui peut constituer une infraction criminelle. Un registre de cette formation doit être conservé au foyer et renfermer la date et l'heure de la formation, le nom des participants et un aperçu du contenu des cours.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à signaler immédiatement au service de police concerné tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou

**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

de négligence envers une personne résidente qu'il soupçonne de constituer une infraction criminelle.

**A. Justification et résumé**

Le 29 mai 2024, le directeur a reçu un rapport d'incident critique faisant état de mauvais traitements présumés de la part du personnel envers la personne résidente n° 012.

Les dossiers de santé clinique de la personne résidente n° 012, le rapport d'incident critique n° 2741-000018-24, et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés.

Lors de l'examen du rapport d'enquête, rien n'indiquait que la police avait été avertie. Les documents ont démontré que l'incident de mauvais traitements présumés s'était produit le 25 mai 2024. Un examen approfondi de l'enquête interne du foyer sur l'IC a confirmé qu'aucun dossier n'indiquait que la police avait été avertie.

Un entretien avec la directrice générale du foyer a confirmé que la police n'avait pas été informée de l'IC et qu'elle aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir avisé la police d'un incident présumé de mauvais traitements envers une personne résidente a retardé les enquêtes potentielles de la police et exposé la personne résidente et d'autres personnes à un risque.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente, enquête du titulaire de permis, politiques du titulaire de permis concernant les mauvais traitements ou les mauvais traitements et la négligence présumés envers une personne résidente, et entretiens avec la directrice générale.

**B. Justification et résumé**

Le matin d'une date donnée, la personne résidente a été trouvée bouleversée et agitée, et a affirmé avoir subi des mauvais traitements de la part de deux hommes

**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

pendant la nuit. Le gestionnaire de garde et la directrice des soins ont été informés de l'incident. Le service de police compétent n'a pas été avisé du présumé incident de mauvais traitements sexuels.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, dossiers d'enquête fournis par le foyer et entretien avec l'agent de la division trois de la station Mountain (Mountain Station - Division Three).

**C. Justification et résumé**

À une date donnée, une personne résidente a été trouvée bouleversée et agitée, et elle tentait d'atteindre la sonnette d'appel qui n'était pas placée à sa portée. Elle a affirmé avoir subi des mauvais traitements à plusieurs reprises et a demandé au personnel de la croire. Le gestionnaire de garde a été immédiatement informé de l'incident, et une communication a été transmise à la directrice des soins. Le service de police compétent a été avisé.

Les personnes résidentes ont été exposées à un risque étant donné que le service de police n'avait pas été avisé des deux premiers incidents de présumés mauvais traitements sexuels, qui s'étaient produits pendant le quart de nuit, à l'intérieur d'un délai rapproché, dans la même unité.

**Sources :** Notes d'évolution de la personne résidente, dossiers d'enquête fournis par le foyer et entretien avec l'agent de la division trois de la station Mountain (Mountain Station - Division Three).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**

29 novembre 2024

**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

## **RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL**

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

**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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

**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

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsb.on.ca](http://www.hsb.on.ca).