

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton, ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Rapport public**

**Date d'émission du rapport :** 30 mai 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1289-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Pleasant Manor Retirement Village

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Pleasant Manor Retirement Village, Virgil

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 22 et 23 mai et du 26 au 29 mai 2025.

L'inspection concernait :

le cas n° 00140545/CI #2799-000001-25 – lié à la prévention et à la gestion des chutes;

le cas n° 00141807/CI #2799-000003-25 – lié aux soins aux résidents et aux services de soutien;

le cas n° 00147047/CI #2799-000004-25 – lié à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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

- Soins aux résidents et services de soutien
- 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 : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du : par. 24 (1) de la LRSLD (2021).**

Obligation de protéger

par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger un résident contre les mauvais traitements d'ordre verbal de la part d'un membre du personnel.

Aux termes de l'alinéa 2 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, un mauvais traitement d'ordre verbal s'entend de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi.

Une allégation de mauvais traitement d'ordre verbal de la part d'un membre du personnel à l'égard d'un résident a été confirmée lors de l'enquête menée par le foyer et des mesures disciplinaires ont été prises à l'encontre du membre du personnel concerné.

**Sources :** rapport d'enquête interne du foyer, rapport d'incident critique, entretien

**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

avec l'administratrice ou l'administrateur.

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

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de l'art. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

art. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel qui aidait le résident utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires pour l'aider.

Un résident nécessitait l'aide totale du personnel utilisant un appareil particulier pour les transferts conformément à son programme de soins. L'enquête interne menée par le foyer a confirmé qu'un membre du personnel avait transféré le résident de façon autonome sans utiliser l'appareil requis.

**Sources** : notes de l'enquête sur l'incident, programme de soins du résident, politique du foyer intitulée « Lift and Transfer Policy » (concernant les changements de position et les transferts), mise à jour en mai 2025, entretiens avec le personnel et l'administratrice ou l'administrateur.

## **AVIS ÉCRIT : 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

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du : par. 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

par. 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis du foyer n'a pas veillé à ce que le programme du foyer concernant les chutes soit respecté. En particulier, un membre du personnel autorisé n'a pas procédé aux évaluations habituelles du résident en cas de traumatisme crânien après des chutes dont personne n'a été témoin.

Selon l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, si la Loi ou le Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le programme soit respecté.

La politique du foyer intitulée « Falls Prevention and Management Program » (programme de prévention et de gestion des chutes) indiquait que si un résident fait une chute et que personne n'en est témoin, le personnel autorisé doit procéder à une évaluation précise. Aux dates précisées, un résident a fait des chutes dont personne n'a été témoin. L'administratrice ou l'administrateur a reconnu que, pour les chutes du résident identifié, le personnel autorisé n'a pas procédé aux évaluations qu'exige la politique du foyer.

**Sources :** entretien avec l'administratrice ou l'administrateur, examen de la politique

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement  
des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton, ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

du foyer intitulée « Fall Prevention and Management Program », mise à jour en janvier 2024, et examen du dossier clinique du résident.