

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 17 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1043-0001	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Revera Long Term Care Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Kilean Lodge, Grimsby	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Jennifer Allen (706480)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Carla Meyer (740860) Jagmail Brar (000845)	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : **du 27 au 30 mai 2024 et les 3 et 4 juin 2024.**

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00100434 – Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-000013-23 relatif à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Le dossier : n° 00111730 – Système de rapport d'incidents critique n° 1866-000001-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :

- Le dossier : n° 00104387 – Système de rapport d'incidents critique n° 1866-000014-23 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

**Un problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce 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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fournisse des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins à la personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente prévoyait l'utilisation de tapis de sol dans le cadre des interventions de prévention des chutes qui avaient été interrompues auparavant en vertu des interventions des soins infirmiers axées sur le risque de chutes du programme de soins de la personne résidente. Toutefois, cette intervention faisait toujours partie des recommandations formulées dans le cadre des interventions de physiothérapie.

Il a été observé à des dates précises en mai 2024 que la personne résidente n'avait pas de tapis de sol d'un côté de son lit, mais qu'elle en avait un de l'autre côté. Il n'était pas clair à qui appartenait le tapis de sol, car un membre du personnel a déclaré qu'il était partagé entre les deux personnes résidentes de la chambre, alors qu'un autre membre du personnel a reconnu que l'utilisation d'un tapis de sol ne figurait dans aucun des programmes de soins des deux personnes résidentes dans

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

le cadre des interventions de soins infirmiers. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente n'a pas révélé de documents concernant l'utilisation ou l'arrêt de l'utilisation des tapis de sol.

Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et de la formation du personnel a reconnu que si l'utilisation du tapis de sol avait été interrompue pour la personne résidente, cette interruption aurait dû être consignée. Le ou la physiothérapeute (pht.) a reconnu que les tapis de sol n'étaient plus nécessaires pour la personne résidente et qu'ils auraient dû être retirés de son programme de soins.

À une autre date précise, en mai 2024, le ou la pht. a informé l'inspecteur ou l'inspectrice que le programme de soins de la personne résidente avait été mis à jour.

**Sources** : observations, examen des dossiers cliniques des résidents et de la politique du foyer portant sur l'évaluation et la planification des soins (Assessment and Care Planning, CARE1-P10), révisée le 31 mars 2024, et entretiens avec le personnel. **[740860]**

Date de la rectification apportée : 30 mai 2024

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont changé.

**Justification et résumé**

Lors des observations effectuées à des dates précises en mai 2024, on a constaté

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

que la personne résidente était alitée. D'après les dossiers cliniques de la personne résidente, cela fait partie de ses interventions quotidiennes. Un membre du personnel a confirmé qu'en raison de préoccupations, la personne résidente devait rester au lit et ne se lever que certains jours.

Le programme de soins de la personne résidente a été examiné avec le ou la responsable de la PCI et de la formation du personnel ainsi qu'un membre du personnel qui ont reconnu que cette intervention n'était pas consignée dans le programme de soins de la personne résidente et qu'elle aurait dû y figurer.

Un examen du programme de soins de la personne résidente à une autre date précise, en mai 2024, a montré que cette intervention avait été ajoutée au programme de soins de la personne résidente à la suite de l'entretien avec le ou la responsable de la PCI et de la formation du personnel.

**Sources** : observations, examen des dossiers cliniques de la personne résidente et de la politique du foyer portant sur l'évaluation et la planification des soins (Assessment and Care Planning, CARE1-P10), révisée le 31 mars 2024, et entretiens avec le personnel. **[740860]**

Date de la rectification apportée : 27 mai 2024

**AVIS ÉCRIT : Programme de nutrition et d'hydratation**

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

**Non-respect de : l'alinéa 74 (2) (c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire d'un permis d'exploitation d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit

(c) la mise en œuvre d'interventions visant à atténuer et à gérer de tels risques ;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'intervention du programme de nutrition et d'hydratation visant à atténuer les risques pour les personnes résidentes soit mise en œuvre pour une personne résidente lorsqu'un employé a fourni une substance qui ne correspondait pas au régime alimentaire de la personne résidente.

### Justification et résumé

Il a été noté qu'une personne résidente avait besoin d'un régime alimentaire particulier. À une date non divulguée, un membre du personnel a déclaré avoir vu un autre membre du personnel donner un aliment à une personne résidente qui ne correspondait pas à la texture prévue pour son régime alimentaire, ce qui a été reconnu par un membre du personnel autorisé.

La directrice générale a reconnu que les actions du personnel témoin dont on a été témoin avaient entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

**Sources** : dossier d'enquête, dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec le personnel. [706480]

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

1. Chaque personne résidente a le droit d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui reconnaît pleinement sa dignité inhérente, sa valeur et son individualité, peu importe sa race, son ascendance, son lieu d'origine, sa couleur, son origine ethnique, sa citoyenneté, ses croyances, son sexe, son orientation sexuelle, son identité de genre, son expression de genre, son âge, son état matrimonial, sa situation familiale ou son handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui reconnaît pleinement la dignité inhérente, la valeur et l'individualité de la personne résidente.

### Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis à la direction à une date précise en octobre 2023, pour signaler des allégations de mauvais traitements. Un membre du personnel a déclaré avoir été témoin d'un incident entre une personne résidente et un autre membre du personnel, au cours duquel ce dernier n'a pas respecté les

choix de la personne résidente, ce qui a entraîné des troubles du comportement chez cette dernière. Un membre du personnel et la directrice générale ont déclaré que la personne résidente avait une préférence connue et que le membre du personnel concerné avait également fait des commentaires à la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les droits des personnes résidentes à être traitées avec courtoisie et respect, d'une manière qui reconnaît pleinement leur dignité inhérente, leur valeur et leur individualité, soient pleinement respectés et promus, a mis en péril la capacité du foyer à prendre soin des personnes résidentes et à communiquer avec elles.

**Sources** : Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-0000-13-23, documents d'enquête interne du foyer de soins de longue durée, entretiens avec le personnel.  
**[706480]**

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

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite en matière de lutte contre les mauvais traitements soit respectée.

#### **Justification et résumé**

L'examen de la politique de lutte contre les mauvais traitements des personnes résidentes du foyer indique que l'ensemble du personnel a le devoir de signaler toute forme de mauvais traitements ou de négligence présumés, potentiels, suspectés ou constatés, et que toute personne ayant connaissance ou suspectant des mauvais traitements ou de la négligence à l'égard d'une personne résidente doit immédiatement communiquer cette information à la directrice générale ou, si elle n'est pas disponible, au superviseur ou à la superviseure ayant le plus d'ancienneté qui est en poste pendant le quart de travail.

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Un rapport d'enquête a été soumis à la direction directeur à une date précise en octobre 2023, pour des allégations de mauvais traitements à l'égard de deux personnes résidentes et plusieurs autres incidents concernant quatre autres personnes résidentes.

La directrice générale a confirmé que l'enquête interne du foyer relative aux mauvais traitements présumés était terminée et que plusieurs autres incidents faisant intervenir les quatre personnes résidentes qui n'avaient pas été signalés ou documentés au moment où ils s'étaient produits avaient été découverts. Un incident faisant intervenir une des personnes résidentes a été corroboré et les actions du membre du personnel envers les trois autres personnes résidentes ont été jugées inacceptables.

Le fait de ne pas avoir veillé au respect de la politique de lutte contre les mauvais traitements des personnes résidentes du foyer a entraîné plusieurs incidents supplémentaires qui ont eu une incidence négative sur les personnes résidentes.

**Sources :** Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-0000-13-23, document d'enquête interne du foyer de soins de longue durée, politique de lutte contre les mauvais traitements des personnes résidentes, datée du 1<sup>er</sup> novembre 2023, entretien avec le personnel. **[706480]**

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

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente avait fait l'objet de mauvais traitements de la part de quiconque ou de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel signale immédiatement à la direction ses soupçons et les renseignements sur lesquels elle s'est fondée.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis à la direction à une date précise en octobre 2023, afin de signaler des allégations de mauvais traitements de personnes résidentes ayant entraîné un risque de préjudice. Dans le rapport d'incident critique, un certain nombre de personnes résidentes ont été identifiées. L'incident d'origine a été signalé au directeur ou à la directrice des soins (DSI) à une date précise en octobre 2023. L'enquête interne et les entretiens avec d'autres membres du personnel ont permis de découvrir d'autres incidents. Un membre du personnel concerné a été soupçonné de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente et un autre membre du personnel en a été témoin. L'établissement a mené une enquête interne et a conclu que le membre du personnel qui a été témoin de l'incident n'avait pas signalé l'incident à l'équipe de direction ni consigné l'incident dans le dossier médical de la personne résidente. La directrice générale a indiqué que les actions du membre du personnel concerné ont augmenté le risque de préjudice pour la personne résidente. La directrice générale et un autre membre du personnel ont indiqué que l'incident n'avait jamais été signalé à la direction.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'allégation de mauvais traitements soit immédiatement signalée a augmenté le risque d'autres incidents de la part du membre du personnel concerné.

**Sources :** Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-0000-13-23, documents d'enquête interne du foyer de soins de longue durée, entretiens avec le personnel. [706480]

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de non-conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum



**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies disponibles soient mises en œuvre pour réduire ou atténuer le risque de chute d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

L'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22 stipule que lorsque la Loi ou le présent 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 portant sur la prévention des chutes et la réduction des blessures (Fall Prevention and Injury Reduction), révisée pour la dernière fois le 31 mars 2024, stipule qu'en cas de chute d'une personne résidente, des stratégies sont mises en place pour prévenir une nouvelle chute et réduire le risque de blessure liée à la chute.

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquent que lors de son admission, elle a été évaluée comme présentant un risque de chute.

À une date précise en mars 2024, la personne résidente est tombée, a été réévaluée et son niveau de risque de chute a été modifié. Les interventions de prévention des chutes mises en œuvre après cette chute comprenaient uniquement l'utilisation de chaussures appropriées et une surveillance accrue.

À une autre date précise, en mars 2024, la personne résidente a fait une autre chute résultant d'une situation similaire à celle qui a causé la première chute. La personne résidente a ensuite été transférée à l'hôpital où on lui a diagnostiqué une blessure.

Les entretiens avec le ou la physiothérapeute du foyer, un membre du personnel et le ou la responsable du programme de lutte contre les chutes du foyer ont permis de reconnaître que l'utilisation d'une alarme aurait dû être mise en place après la première chute de la personne résidente, dans le cadre des stratégies de prévention des chutes du foyer.

Le fait de ne pas mettre en œuvre l'utilisation d'une alarme après la première chute de la personne résidente a entraîné un changement de niveau de risque de chute, et dans le cadre des stratégies de prévention des chutes disponibles dans le foyer, peut ne pas avoir adéquatement atténué les risques de chute de la personne résidente.

**Sources** : observations, entretien avec le personnel du foyer, examen des dossiers cliniques des personnes résidentes et de la politique du foyer portant sur la prévention des chutes et la réduction des blessures (Fall Prevention and Injury Reduction), révisée pour la dernière fois le 31 mars 2024. **[740860]**

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 008 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : paragraphe 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.

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

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

Le titulaire de permis doit :

1) Donner de la formation à l'ensemble du personnel autorisé et du personnel de soins directs concernant les éléments suivants :

- La définition et la signification des mauvais traitements;
- La tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements;
- L'alinéa 3 (1) 1 de la LRSLD (2021), Déclaration des droits des résidents;
- Que faire en cas d'incident présumé de mauvais traitements de quelque forme que ce soit?

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

- La procédure à suivre en cas d'allégation, d'incident présumé ou de témoignage de mauvais traitements des personnes résidentes, y compris l'obligation de se conformer à la déclaration obligatoire.
- 2) Consigner la formation, y compris la date à laquelle elle a eu lieu, les membres du personnel qui y ont participé et les signatures des membres du personnel attestant qu'ils ont compris la formation. Indiquer également qui a donné la formation;
  - 3) Chaque membre du personnel qui participe à la formation doit remplir une évaluation écrite, élaborée et jugée appropriée par le FSLD, qui reflète la compréhension du matériel de formation relatif à la prévention des mauvais traitements;
  - 4) Le foyer doit tenir un registre du matériel de formation et d'évaluation mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice du FSLD.

**Raisons**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes soient protégées contre tous mauvais traitements et doit veiller à ce que les personnes résidentes ne fassent pas l'objet de négligence par le titulaire de permis ou le personnel.

Selon l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, la définition des « mauvais traitements d'ordre affectif » S'entend, selon le cas : 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;

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée (MSLD) pour plusieurs incidents au cours desquels les actions d'un membre du personnel concerné ont été jugées comme étant une source de préoccupation potentielle.

A. À une date précise, en octobre 2023, un membre du personnel a déclaré que le membre du personnel concerné lui avait signalé une interaction une 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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

résidente au cours de laquelle cette dernière lui avait fait des commentaires sur sa taille et son lieu d'origine qui l'avaient offensé et contrarié. Au cours de cette interaction, le membre du personnel concerné a déclaré avoir abordé la personne résidente et lui avoir demandé des explications au sujet de ses commentaires. Le membre du personnel a déclaré que plus tard le même jour, la personne résidente a demandé si le membre du personnel concerné avait été offensé par quelque chose qu'elle avait dit. Le membre du personnel a déclaré que le membre du personnel concerné s'est à nouveau montré hostile et a demandé à la personne résidente pourquoi elle avait parlé de lui sur un ton agressif. Le membre du personnel a estimé que le fait de demander des explications à la personne résidente à deux reprises n'était pas un comportement acceptable de la part du membre du personnel concerné. La directrice générale a déclaré que la personne résidente était bouleversée après la première et la deuxième interaction. D'après l'entretien mené dans le cadre de l'enquête relative au rapport d'incident critique, le membre du personnel concerné s'est montré de plus en plus hostile avec la personne résidente au cours des multiples interactions. Au cours de l'enquête, la directrice générale a établi que les actions du membre du personnel concerné à l'égard de la personne résidente n'étaient pas appropriées et qu'elles avaient eu des répercussions.

**Sources** : Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-000013-23, dossier d'enquête, dossier médical et notes d'évolution de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

B. À une date précise d'octobre 2023, une personne résidente a demandé de l'aide au membre du personnel concerné qui lui a répondu qu'il était occupé et qu'elle devait attendre. La personne résidente a continué de demander de l'aide et est devenue agitée. À la demande d'un membre du personnel autorisé, un autre membre du personnel a fini par aider la personne résidente et a remarqué que cette dernière semblait très bouleversée.

Une fois que la personne résidente a reçu de l'aide, le membre du personnel concerné a empêché l'autre membre du personnel de continuer d'aider la personne résidente afin de prendre en charge les soins à sa place et voir ce que la personne résidente avait à dire à son sujet. À la suite de la dernière rencontre avec le membre du personnel concerné, la personne résidente était visiblement bouleversée et affichait un comportement inhabituel. La directrice générale a déclaré que les actions du membre du personnel concerné à l'égard de la personne résidente

constituaient un cas de mauvais traitements, car la personne résidente était visiblement troublée par la rencontre et le membre du personnel a remarqué un changement évident dans le comportement de la personne résidente à la suite de la rencontre.

La directrice générale a reconnu que l'enquête menée par le foyer sur les incidents et les actions des membres du personnel concerné était un cas corroboré de mauvais traitements.

Le fait de ne pas avoir protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements a causé un préjudice ou un risque de préjudice à l'égard du sentiment de bien-être de la personne résidente.

**Sources** : Système de rapport d'incidents critiques n° 1866-000013-23, dossier d'enquête, dossier médical de la personne résidente, entretiens avec le personnel. **[706480]**

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 août 2024.**

## **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 :

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

- (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.

**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 suivants, 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;

**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 (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

(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'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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 suivants 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.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).