

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 3 septembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1509-0005

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Saint Luke's Place

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Saint Luke's Place, Cambridge

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 et 20, 22 et 25 au 29 août, ainsi que 2 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00148093 – Dossier en lien des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Dossier : n° 00151731 – Suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001/2025\_1509\_0004 – Paragraphe 24(1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) – Obligation de protéger.
- Dossier : n° 00151732 – Suivi n° 1 de l'OC n° 001/2025\_1509\_0004 – Paragraphe 25(1) de la LRSLD – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
- Dossier : n° 00153237 – Dossier en lien des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Dossier : n° 00153343 – Dossier en lien avec une chute sans témoin faite par une personne résidente

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1509-0004 en lien avec le paragraphe 25(1) de la

LRSLD

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1509-0004 en lien avec le paragraphe 24(1) de la LRSLD

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

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

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 a omis de veiller à ce qu'un membre du personnel fasse immédiatement rapport à la directrice ou au directeur de ses soupçons concernant de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Aux termes du paragraphe 154(3) de la LRSLD, le titulaire de permis est responsable du fait d'autrui lorsqu'un membre du personnel omet de respecter l'alinéa 28(1)2.

Un incident s'est produit. Selon ce qui a été rapporté, un membre du personnel aurait infligé de mauvais traitements à une personne résidente. Toutefois, ce n'est que le lendemain que l'on a signalé l'incident à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Rapport d'incident critique (IC); notes d'enquête du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

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

#### **Non-respect du : paragraphe 104(4) de la LRSLD**

Conditions du permis

Paragraphe 104(4) – Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2025-1509-0004 signifié le 3 juillet 2025, dont la date d'échéance pour mettre en œuvre un plan d'action était le 17 juillet 2025 et la date d'échéance pour parvenir à la conformité était le 15 août 2025.

Dans la première partie de l'OC n° 001, on exigeait que le foyer mette en œuvre le plan écrit visant à garantir la conformité avec le Règl. de l'Ont. 246/22, en particulier en ce qui concerne les comptes en fiducie des personnes résidentes et les paramètres liés à la caisse d'une personne résidente. Toutefois, on a omis d'inclure et/ou de mettre à jour les processus actuels du foyer liés aux points c) à e) de la première partie dans les politiques et les marches à suivre concernant les comptes en fiducie des personnes résidentes.

Dans la deuxième partie de l'OC n° 001, on exigeait que le foyer mette en œuvre le plan écrit pour veiller à ce que les processus liés à la comptabilisation exacte du contenu de la caisse d'une personne résidente à des fins de rapprochement soient correctement reflétés dans les politiques et les marches à suivre. La marche à suivre pour les fonds en fiducie a été révisée pour la dernière fois en juillet 2025. Celle-ci témoignait de la fréquence incorrecte du processus de rapprochement.

Dans la troisième partie de l'OC n° 001, on exigeait que le foyer mette en œuvre un

**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 du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

plan écrit pour veiller à la tenue de dossiers détaillés sur les modifications qu'il allait apporter aux politiques et aux marches à suivre concernant les comptes en fiducie des personnes résidentes. Ces dossiers devaient comprendre le moment où les modifications ont été apportées et les noms des personnes qui les ont faites. Le foyer a omis de consigner dans un dossier les renseignements permettant de faire le suivi des modifications apportées aux politiques et aux marches à suivre concernant les comptes en fiducie des personnes résidentes.

Dans la quatrième partie de l'ordre de conformité n° 001, on exigeait que le foyer mette en œuvre un plan écrit pour déterminer quels membres du personnel devaient suivre une formation sur les politiques et les marches à suivre mises à jour concernant les comptes en fiducie des personnes résidentes. Il fallait consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, notamment le contenu, la date à laquelle elle a eu lieu (ou les dates), ainsi que les noms de l'animatrice ou de l'animateur et des membres du personnel qui y ont participé. Tous les membres de l'équipe de la comptabilité et des affaires, y compris l'administratrice ou l'administrateur, devaient recevoir une formation l'ensemble des politiques et des marches à suivre mises à jour.

Le foyer a provoqué un risque modéré lorsqu'il a omis de se conformer à toutes les parties de l'OC n° 001, selon lesquelles il devait examiner, réviser et mettre à jour les politiques et les marches à suivre concernant les comptes en fiducie des personnes résidentes d'ici la date d'échéance pour parvenir à la conformité. L'omission de consigner dans un dossier détaillé les modifications apportées aux politiques et de veiller à ce que tous les membres du personnel des affaires, y compris l'administratrice ou l'administrateur, reçoivent une formation à ce sujet a augmenté la probabilité d'une mauvaise utilisation et d'un détournement des fonds des personnes résidentes.

**Sources** : Démarches d'observation du contenu du coffre-fort; politique sur la sécurité financière; marche à suivre pour les fonds en fiducie; dossiers de formation; entretiens avec des membres du personnel.

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis écrit –  
APA n° 001**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

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

**Lié à l'avis écrit n° 002**

En vertu de l'article 158 de la LRSLD, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, 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, la pénalité administrative est imposée pour la raison suivante : Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

S. O.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter 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 de 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.

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

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

**Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un membre du personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires au moment d'aider une personne résidente. La personne résidente n'a pas été transférée conformément à son programme 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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo (Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888-432-7901

**Sources** : Entretiens avec des membres du personnel; dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'IC; notes d'enquête interne du foyer; politique sur le levage et le transfert.