

Rapport public**Date d'émission du rapport** : 9 décembre 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1509-0007**Type d'inspection** :
Incident critique**Titulaire de permis** : Saint Luke's Place**Foyer de soins de longue durée et ville** : Saint Luke's Place, Cambridge**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 27 novembre 2025 et 1 au 4 et 9 décembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 28 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00159326 – Signalement en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Signalement : n° 00159768 – Signalement en lien avec l'éclosion d'une maladie

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

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 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

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

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.

La politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence du foyer stipule que lorsqu'ils prennent connaissance d'incidents présumés ou réels de mauvais traitements ou de négligence, les membres du personnel autorisé doivent évaluer les personnes résidentes concernées. Une personne résidente n'a été évaluée que deux jours après un incident observé de mauvais traitements, ce qui est contraire à la politique du foyer.

Sources : Rapport d'incident critique; évaluations et notes sur l'évolution de la situation; politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (Zero Tolerance of Abuse and Neglect Policy), n° A-F-06 (révisée pour la dernière fois le 4 septembre 2025); entretiens avec des membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 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.

On a observé un incident de mauvais traitements d'ordres verbal et physique de la part d'un membre du personnel à l'égard d'une personne résidente; cet incident n'a été signalé à la directrice ou au directeur que le lendemain.

Sources : Rapport d'incident critique; entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le programme de soins d'une personne résidente ne faisait pas état de stratégies, de techniques ou d'interventions pour gérer ses comportements réactifs verbaux et physiques.

Sources : Rapport d'incident critique; programme de soins d'une personne résidente; entretiens avec la ou le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Partie A) – On a omis de mettre à jour les politiques et procédures en matière de PCI

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

du foyer pour refléter la fréquence déterminée de nettoyage et de désinfection des surfaces au moyen d'une approche de stratification des risques, ce qui est contraire à l'exigence supplémentaire énoncée à l'article 5.6 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), révisée en septembre 2023. Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas pu s'assurer que les surfaces étaient nettoyées à la fréquence requise lors d'une éclosion de COVID-19.

Partie B) – Dans le contexte de l'exigence supplémentaire prévue à l'article 9.1 de la Norme, le personnel a omis de prendre des précautions supplémentaires en ne portant pas correctement tout l'équipement de protection individuelle requis pour s'occuper de deux personnes résidentes en isolement.

Sources : Démarches d'observations; la Norme (révisée en septembre 2023); rapport d'incident critique; politique sur les pratiques courantes de nettoyage dans le contexte des soins de santé (Routine Health Care Cleaning Practices Policy), n° E-070 (révisée pour la dernière fois en avril 2024); politique sur le nettoyage et la désinfection dans les cas où des personnes résidentes sont visées par des précautions supplémentaires (Cleaning and Disinfection When Residents are on Additional Precautions Policy), n° E-077 (révisée pour la dernière fois en avril 2024); politique sur les précautions quant aux contact et aux gouttelettes (Droplet Contact Precautions Policy), n° I-D-006 (révisée pour la dernière fois en février 2022); dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du

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

paragraphe (2).

On a omis de surveiller et d'évaluer une personne résidente présentant des symptômes respiratoires indiquant la présence d'une infection pendant deux jours, alors que l'unité était touchée par une éclosion.

Sources : Rapport d'incident critique; la Norme (révisée en septembre 2023); notes sur l'évolution de la situation et dossiers d'évaluation; entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections et d'autres membres du personnel.