

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 25 mars 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1513-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Unionville Home Society

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Union Villa, Unionville

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12, 14, 19 au 21, 24 et 25 mars 2025

L'inspection concernait :

- Deux dossiers en lien avec des mauvais traitements d'ordre physique
- Deux dossiers en lien avec l'éclosion d'une maladie

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

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

## 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 *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (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 :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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 signaler immédiatement à la directrice ou au directeur les cas soupçonnés de mauvais traitements ou de négligence de la part d'une personne résidente à l'égard d'une autre personne résidente.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a présenté un rapport d'incident critique concernant des allégations de mauvais traitements de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente. On a omis de porter immédiatement ce rapport à l'attention de la directrice ou du directeur.

**Source :** Rapport d'incident critique; dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec la ou le DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

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

**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 paragraphe (2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on surveille les symptômes indiquant la présence d'une infection chez une personne résidente lors de chaque quart de travail dans le cadre de l'éclosion d'une maladie infectieuse.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant l'éclosion déclarée d'une maladie dans le foyer.

L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la personne remplaçant la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections ont indiqué que les membres du personnel autorisé doivent surveiller et consigner les symptômes lors de chaque quart de travail, et ce, dans la section consacrée aux notes

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

sur l'évolution de la situation de PointClickCare.

Les notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente concernée confirmaient que les membres du personnel autorisé ne surveillaient pas l'apparition de symptômes d'une maladie infectieuse chez la personne lors de chaque quart de travail.

**Source :** Rapport d'incident critique; notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente; entretien avec l'IAA et la personne remplaçant la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

### **AVIS ÉCRIT : Avis : police**

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

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

Avis : police

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, article 105 et paragraphe 390(2).

1) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on avise immédiatement le service de police concerné des allégations de mauvais traitements de la part d'une personne résidente à l'endroit d'autres personnes résidentes.

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique à propos d'allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne résidente à l'endroit d'autres personnes résidentes.

Selon ce qui figurait dans les dossiers d'enquête et ce qu'a dit la ou le DSI, les allégations de mauvais traitements n'avaient pas été corroborées. En outre, la ou le DSI a confirmé qu'on n'avait pas informé le service de police à propos de l'incident.

**Source :** Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; rapport d'incident critique; entretien avec la ou le DSI.

2) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on avise immédiatement le service de police concerné des allégations de mauvais traitements à l'endroit d'une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

On a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique à propos d'allégations de mauvais traitements de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel à l'égard d'une personne résidente.

Selon ce qui figurait dans les dossiers d'enquête et ce qu'a dit la ou le DSI, les allégations de mauvais traitements étaient fondées. En outre, la ou le DSI a confirmé qu'on n'avait pas informé le service de police à propos de l'incident.

**Source** : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; rapport d'incident critique; entretien avec la ou le DSI.