

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport d'origine : 21 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1458-0002 (A1)	
Type d'inspection : Plainte — incident critique	
Titulaire de permis : St. Joseph's Health System	
Foyer de soins de longue durée et ville : St. Joseph's Villa, Dundas, Dundas	
Modifié par Stephany Kulis (000766)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :  
L'ordre de conformité n° 002 a été modifié pour corriger les numéros des personnes résidentes. Cependant, l'ordre de conformité n° 001, inclus dans ce rapport pour référence, n'a pas été modifié. Comme discuté avec le foyer, les dates limites pour se conformer (DLC) aux deux ordres resteront inchangées. Aucune modification n'a été apportée au contenu du rapport public modifié.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport d'origine : 21 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1458-0002 (A1)	
Type d'inspection : Plainte — incident critique	
Titulaire de permis : St. Joseph's Health System	
Foyer de soins de longue durée et ville : St. Joseph's Villa, Dundas, Dundas	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Stephany Kulis (000766)	Autres inspectrices ou inspecteurs Lesley Edwards (506) Leah Curle (585)
Modifié par Stephany Kulis (000766)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

L'ordre de conformité n° 002 a été modifié pour corriger les numéros des résidents. L'ordre de conformité n° 001, inclus dans ce rapport pour référence, cependant, n'a pas été modifié. Comme discuté avec le foyer, les dates limites pour se conformer (DLC) pour les deux ordres resteront inchangées. Aucune modification n'a été apportée au contenu du rapport public modifié.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10 au 12, 15, 16, 18, 19, 22 au 25 avril 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00109560 – Plainte concernant la négligence, le programme de soins, la prévention et la gestion des chutes, les soins de la peau et des plaies, et la gestion de la douleur.
- Plainte : n° 00110010 – Plainte concernant le programme de soins, la nutrition et la communication avec la famille.
- Plainte : n° 00111087 – Plainte concernant la gestion du comportement réactif d'une personne résidente.
- Plainte : n° 00111569 – Plainte concernant la planification des menus, et le service de repas et de collations.

Les éléments suivants du rapport d'incidents critiques ont fait l'objet d'une inspection :

- Plainte : n° 00106592 – incident critique (IC) n° 2975-000009-24 – Plainte liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre.
- Plainte : n° 00107325 – IC n° 2975-000014-24 – Plainte liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre.
- Plainte : n° 00108273 – IC n° 2975-000019-24 – Plainte liée au traitement inapproprié/incompétent d'une personne résidente par un membre du personnel.
- Plainte : n° 00109173 – IC n° 2975-000026-24 – Plainte liée à une éclosion d'infection respiratoire aiguë (IRA)
- Plainte : n° 00110750 – IC n° 2975-000033-24 – Plainte liée à la chute d'une personne résidente entraînant une blessure.
- Plainte : n° 00111123 – IC n° 2975-000037-24 – Plainte liée à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre.
- Plainte : n° 00112035 – IC n° 2975-000039-24 – Plainte liée au traitement inapproprié/incompétent d'une personne résidente par un membre du personnel.

L'inspection effectuée concernait : Plainte : n° 00109559 – IC n° 2975-000030-24 et plainte : n° 00108146 – IC n° 2975-000017-24 – Plaintes liées à la prévention et à la 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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Entretien ménager (Housekeeping) Services de lessive et d'entretien (Laundry and Maintenance Services) Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS MODIFIÉS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice était satisfaite que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Non-conformité n° 001 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6(7)

Programme de soins

6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente précisait que celle-ci devait porter un indicateur pour mettre en évidence le risque de violence qu'elle posait. Toutefois, la personne résidente ne portait pas son indicateur. Un membre autorisé du personnel a avoué que cette dernière devait avoir l'indicateur activé et, par moments, l'avait retiré.

Le membre du personnel a appliqué immédiatement un nouvel indicateur

Sources : Examen du dossier d'une personne résidente; observation d'une personne résidente; entretien avec le personnel. [506]

Date de mise en œuvre de la rectification : 12 avril 2024

Non-conformité n° 002 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6(7)

Programme de soins

6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente précisait que celle-ci devait porter un indicateur pour mettre en évidence le risque de violence qu'elle posait. Toutefois, la personne résidente ne portait pas son indicateur. Un directeur des soins aux personnes résidentes a avoué que cette dernière devait avoir l'indicateur activé et, par moments, l'avait retiré.

Le directeur a appliqué immédiatement un nouvel indicateur.

Sources : Observations des résidents et examen des dossiers cliniques; et entretien avec le directeur des soins aux personnes résidentes. [000766]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Date de mise en œuvre de la rectification : 22 avril 2024

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 003 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6(1)a)

Programme de soins

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 :

- a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit pour une personne résidente indique les soins prévus pour une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Selon le dossier clinique d'une personne résidente, cette dernière recevait certains soins habituels relatifs à son diagnostic. Un membre du personnel a signalé que la personne résidente présentait certains indices lorsqu'elle avait besoin de soins. Le programme de soins écrit de la personne résidente, y compris son programme de soins et son kardex, ne comprenait pas de description des indices, ce qui a été confirmé par un directeur des soins aux personnes résidentes.

L'omission d'inclure les besoins en soins dans le programme de soins écrit augmente le risque pour la personne résidente de subir de plus grands incidents liés aux soins habituels.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, kardex de la personne résidente; entretien avec le personnel et le directeur des soins aux personnes résidentes. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 004 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6(5)

Programme de soins

6(5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un mandataire spécial ou une mandataire spéciale ait eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Le mandataire spécial d'une personne résidente a demandé à parler d'urgence avec le médecin. La demande a été écrite dans le « Livre de communication avec le médecin ». Plus tard dans la journée, le mandataire a de nouveau demandé de parler avec le médecin. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a précisé que le personnel était censé appeler le médecin lorsque le mandataire spécial demande à lui parler d'urgence.

En omettant de veiller à ce que le mandataire spécial ait la possibilité de participer pleinement au programme de soins de la personne résidente, celle-ci risquait de voir les changements apportés au traitement retardés.

Sources : Entretiens avec le personnel et le DSI; et dossier clinique de la personne résidente. [000766]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 005 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6(7)

Programme de soins

6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin d'un niveau d'assistance particulier. Un jour, la personne résidente recevait des soins. Un membre 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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

personnel est allé apporter des fournitures et son collègue a assuré lui-même les soins et, par ses actes, a causé des blessures à la personne résidente. Le DSI a reconnu que le membre du personnel n'a pas suivi le programme de soins relatif au niveau d'assistance exigé.

Ce faisant, il a occasionné des blessures à la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; IC n° 2975-000019-24; observation de la personne résidente; entretien avec le DSI et d'autres membres du personnel. [506]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6(8)

Programme de soins

6(8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel qui fournit des soins directs à une personne résidente soit tenu au courant des besoins en matière de soins de cette personne et y ait un accès pratique et immédiat.

### **Justification et résumé**

Le kardex d'une personne résidente ne comprenait pas d'informations sur le niveau de soins exigés par cette personne pour prendre en charge et/ou gérer un aspect donné des soins. Un membre du personnel a déclaré que le but du kardex d'une personne résidente était de communiquer au personnel les besoins de ladite personne, mais qu'aucune information n'y était incluse concernant le niveau de soins pour un aspect donné des soins. Un directeur des soins aux personnes résidentes a confirmé que le kardex ne disposait pas des informations auxquelles le personnel chargé des soins directs pouvait accéder.

L'omission de tenir le personnel au courant des besoins de la personne résidente en matière de soins augmente le risque que celle-ci ne reçoive pas les soins particuliers dont elle a besoin.



**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Kardex de la personne résidente; programme de soins de la personne résidente; entretien avec le directeur des soins aux personnes résidentes et le personnel. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 007 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6(9)1.

Programme de soins

6(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins soit documentée.

### **Justification et résumé**

A) Le dossier électronique d'administration des médicaments (DEAM) d'une personne résidente affichait un médicament prévu à une heure particulière, mais n'avait pas de documentation pour un nombre de jours au cours du mois. Deux membres autorisés du personnel ont déclaré que le médicament avait été administré comme prévu, mais que cette information n'était pas consignée. Selon un directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), le personnel est censé consigner l'administration des médicaments, que la personne résidente les ait refusés ou pris.

En ne consignant pas l'administration des médicaments, la personne résidente risquait de ne pas recevoir les soins prévus dans le programme de soins.

Sources : Entretiens avec le DASI et d'autres membres du personnel; dossier clinique de la personne résidente. [000766]

### **Justification et résumé**

B) Le programme de soins d'une personne résidente stipulait que celle-ci devait porter toujours un dispositif. Un membre du personnel a déclaré que cette personne avait besoin d'aide à poser le dispositif.

Selon le diagramme mensuel des soins infirmiers de la personne résidente, le membre du personnel vérifie à chaque quart de travail que le dispositif était en place et en bon état de

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

fonctionnement. Le diagramme exigeait aussi que le personnel signale verbalement toute anomalie au personnel autorisé à des fins de documentation. Pendant cinq jours consécutifs, aucune information n'avait été consignée, permettant de confirmer que le dispositif avait été posé pendant 13 quarts de travail consécutifs. Le personnel a précisé que la personne résidente avait accepté de porter le dispositif, mais a confirmé que les documents n'avaient pas été remplis, comme exigé.

En ne consignait pas le port du dispositif, la personne résidente risquait de ne pas recevoir les soins prévus dans le programme de soins.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; diagramme des soins infirmiers de la personne résidente; entretien avec le personnel. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Services de diététique et d'hydratation**

Problème de conformité n° 008 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 15(2)

Services de diététique et d'hydratation

15(2) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (1), le titulaire de permis veille à ce que les résidents reçoivent des aliments et des liquides sains, nutritifs, variés et en quantité suffisante.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive des aliments sains.

### Justification et résumé

Une personne résidente ne pouvait pas consommer un aliment particulier. Celle-ci s'est vu servir de la nourriture contenant certains ingrédients qu'il n'était pas en mesure de consommer. On a constaté que la personne résidente n'avait pas consommé la nourriture; cependant, un personnel diététique a confirmé qu'une erreur avait été commise en servant la nourriture à la personne résidente; des aliments dangereux ont donc été servis. Au moment de l'incident, des stratégies et des interventions étaient en place pour informer le personnel diététique des besoins de la personne résidente.

L'omission de servir des aliments sans danger à la personne résidente augmente le risque de ressentir les effets secondaires négatifs liés à la consommation de cet aliment particulier.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; entretien avec le personnel diététique. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis**

Problème de conformité n° 009 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 26(1)c)

Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis

26(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de transmettre immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il a reçues concernant les soins fournis à une personne résidente si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

### **Justification et résumé**

109(1) La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26(1)c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

Le foyer a reçu une plainte alléguant un risque de préjudice à une personne résidente, notamment celle-ci avait été servie un aliment particulier et avait développé des symptômes par suite de sa consommation. Le lendemain matin, un directeur des soins aux personnes résidentes a reçu la plainte, ouvert une enquête et répondu au plaignant. Le directeur a reconnu ne pas avoir transmis la plainte.

Il y avait un risque de préjudice à la personne résidente, car la transmission acheminement des plaintes écrites au directeur est un élément obligatoire du traitement des plaintes alléguant un risque de préjudice à une personne résidente.

Sources : Plainte concernant une personne résidente; entretien avec le directeur des soins aux personnes résidentes. [585]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

Problème de conformité n° 010 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 28(1)2.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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 n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitements d'une personne résidente sur une autre ayant entraîné un préjudice soit signalé au directeur.

### Justification et résumé

A) Le jour des faits, une personne résidente a été blessée par une autre. Le foyer a omis de signaler l'incident de violence au directeur que le lendemain. Un DSI a reconnu que l'incident aurait dû être signalé immédiatement au directeur.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; IC n° 2975-000037-2024 et entretien avec le DSI.

[506]

### Justification et résumé

B) Le rapport IC n'a pas été présenté à l'égard d'un incident survenu entre deux personnes résidentes. Une personne résidente a signalé à un membre du personnel qu'elle ne se sentait pas en sécurité après avoir reçu des menaces de mort de la part d'une autre personne résidente. Le DSI et le personnel ont déclaré que l'incident aurait dû être signalé au ministère, car il répondait à la définition de mauvais traitements verbaux.

Sources : Entretiens avec le personnel et le DSI; et dossier clinique de la personne résidente. [000766]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité n° 011 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 82(2)11.

Formation

82(2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes ayant reçu une formation en vertu de l'alinéa 11 du paragraphe (2) de la Loi reçoivent une formation dans les domaines mentionnés dans cet alinéa, aux intervalles prévus dans le Règlement.

### Justification et résumé

Conformément au paragraphe 82(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, tout le personnel du foyer doit recevoir une formation dans les domaines mentionnés.

Conformément au sous-alinéa 259(1)2 du Règl. de l'Ontario 246/22, une formation doit être donnée sur l'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement en lien avec les responsabilités des membres du personnel, notamment les aides au changement de position.

La maison a utilisé un dispositif particulier pour le changement de position des personnes résidentes. Les entretiens avec plusieurs membres du personnel chargé des soins directs ont révélé qu'ils devaient utiliser l'équipement; cependant, ils n'avaient pas reçu de formation sur l'utilisation de l'appareil. Le personnel de direction a reconnu que la formation n'avait pas été proposée aux membres du personnel qui devait utiliser l'équipement avant d'exercer leurs fonctions.

L'absence de formation sur l'utilisation de l'appareil a entraîné une mauvaise utilisation de l'équipement.

Sources : Entretiens avec le DSI et d'autres membres du personnel; dossiers de formation. [506]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## **AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant**

Problème de conformité n° 012 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 26**

Observation des instructions du fabricant

26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les appareils fonctionnels et les aides au changement de position dans le foyer, conformément aux instructions du fabricant.

**Justification et résumé**

Un appareil servait à prodiguer des soins à une personne résidente. Deux membres du personnel voulaient prodiguer des soins à cette personne. Un membre est allé chercher des fournitures pendant que l'autre prodiguait par lui-même des soins à la personne résidente avec l'appareil et s'est blessé.

Les instructions du fabricant de l'appareil indiquent ce qui suit sous « Avertissements » :  
Il faut au moins deux personnes pour utiliser ce produit en toute sécurité et, avant toute utilisation, ces deux personnes doivent lire et comprendre les présentes instructions pour assurer la sécurité du patient et éviter les blessures, ne pas laisser le patient sans surveillance lorsque l'appareil est utilisé et retirer l'appareil de changement de position sous le patient.

À deux reprises, les instructions du fabricant n'ont pas non plus été respectées lors de l'observation de la personne résidente. On a observé l'appareil sous la personne résidente bien que celle-ci ne reçoive des soins au moment des faits.

Si les membres du personnel ne suivaient pas les instructions du fabricant concernant l'utilisation de l'appareil, la personne résidente risquait de se blesser davantage.

Sources : Examen du dossier clinique de la personne résidente; instructions du fabricant relatives à l'appareil; entretien avec le DSI et d'autres membres du personnel. [506]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## **AVIS ÉCRIT : Réunion sur les soins**

Problème de conformité n° 013 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 30(1)a)

Réunion sur les soins

30(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines qui suivent l'admission du résident et au moins une fois par année pour discuter du programme de soins et toutes les autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réunion sur les soins ait lieu avec l'équipe interdisciplinaire dans les six semaines qui suivent l'admission d'une personne résidente pour discuter du programme de soins et toutes les autres questions qui ont de l'importance pour la personne résidente et son mandataire spécial.

### **Justification et résumé**

Le DASI a déclaré que l'équipe interdisciplinaire qui a participé aux réunions sur les soins comprenait des membres du personnel infirmier, des services de diététique, des services sociaux, de la pharmacie, des services d'ergothérapie, des services de physiothérapie, du soutien spirituel, un médecin et des membres de la famille. Aucune réunion sur les soins avec l'équipe interdisciplinaire n'a eu lieu dans les six semaines suivant l'admission d'une personne résidente.

En omettant de tenir une réunion sur les soins, le personne résidente risquait de ne pas bénéficier de soins complémentaires et cohérents.

Sources : Entretien avec le DASI; et dossier clinique de la personne résidente. [000766]

## **AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

Problème de conformité n° 014 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

34(2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réponses de la personne résidente aux interventions, soient documentées.

**Justification et résumé**

Conformément à l'article 53 du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis veille à ce que soit élaboré et mis en œuvre au foyer un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

En vertu du programme de prévention des chutes du foyer, une évaluation postérieure à la chute devait être effectuée après chaque chute d'une personne résidente.

Une personne résidente est tombée. Le directeur des soins aux personnes résidentes a effectué une évaluation postérieure à la chute et consigné la décision de discuter avec le personnel et le mandataire spécial la possibilité de mettre en œuvre d'une aide. Le dossier clinique de la personne résidente ne contenait aucune documentation mentionnant si l'aide avait été envisagée ou mise en œuvre. Le directeur des soins aux personnes résidentes a signalé qu'il avait décidé de ne pas mettre en œuvre l'aide, car celle-ci ne conviendrait pas à la personne résidente; cependant, il a confirmé qu'il n'y avait aucune documentation pour étayer le résultat de la réévaluation.

Sources : Évaluation postérieure à la chute; notes d'évolution de la personne résidente; entretien avec le directeur des soins aux personnes résidentes. [585]

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

Problème de conformité n° 015 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 40**

Techniques de transfert et de positionnement



**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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 d'un permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Selon le programme de soins de la personne résidente, cette dernière avait besoin d'un niveau d'assistance particulier pour se déplacer avec un appareil. Le foyer a présenté un IC au directeur indiquant qu'un membre du personnel a effectué un transfert qui n'était pas indiqué dans le programme de soins de la personne résidente. Celle-ci a été blessée et s'est plainte de douleurs après l'incident.

L'omission de veiller à ce que le personnel utilise des techniques de transfert et de changement de positionnement sécuritaires pour aider une personne résidente a augmenté le risque de blessures et de préjudices supplémentaires.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; IC n° 2975-000039-24; entretiens avec le personnel. [506]

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 016 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 77(5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

77(5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390(1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas.

**Justification et résumé**

Une personne résidente était atteinte d'une maladie. Elle avait un menu personnalisé préparé et approuvé par la diététiste professionnelle du foyer. Le jour des faits, la personne résidente avait

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

un menu planifié. Lors du service des repas, elle n'a pas reçu le plat prévu au menu. Le cuisinier a confirmé que le plat planifié de la personne résidente n'était pas disponible pour le repas.

En raison de l'omission de veiller à ce que les choix indiqués au menu planifié soient disponibles à chaque repas, la personne résidente risquait de recevoir un repas déséquilibré, inadéquat ou dangereux.

Sources : Observation du souper; entretien avec un cuisinier; menu personnalisé de la personne résidente. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire**

Problème de conformité n° 017 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : 78(2)d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

78(2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

- d) la préparation de tous les choix indiqués au menu conformément au menu planifié;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les choix indiqués au menu soient préparés conformément au menu planifié.

**Justification et résumé**

Un aliment était prévu au menu du souper. Un cuisinier a présenté la méthode de préparation du repas et confirmé qu'il n'avait pas suivi la recette standardisée pour ce choix indiqué au menu.

L'omission de préparer ledit choix conformément au menu planifié pouvait nuire à la composition nutritionnelle de l'aliment.

Sources : Observation culinaire; entretien avec un cuisinier; recette d'un aliment. [585]

## **AVIS ÉCRIT : Questions d'ordre administratif**

Problème de conformité n° 018 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-al. 93(2)a)(i)**

Questions d'ordre administratif

93(2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19(1)a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

- a) le nettoyage du foyer, notamment :
  - i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

Dans le cadre du programme structuré d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19(1)a) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant le nettoyage des chambres des personnes résidentes, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux séparateurs, les surfaces de contact et les surfaces murales.

**Justification et résumé**

Pendant le quart de travail de l'après-midi, vers 16 heures, on a trouvé que les toilettes dans la chambre d'une personne résidente étaient sales. L'état d'insalubrité des toilettes aurait été porté à l'attention du personnel infirmier.

D'après le directeur des services environnementaux (DSE), le personnel infirmier était responsable du nettoyage des fluides corporels et devait ensuite contacter le service d'entretien ménager pour désinfecter la zone. Selon le DSE, le foyer disposait d'un personnel d'entretien ménager disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept; cependant, ce jour-là, aucun appel n'a été fait au service d'entretien ménager pour un nettoyage supplémentaire des toilettes. Le DSE a confirmé que la marche à suivre pour le nettoyage des toilettes du foyer n'avait pas été suivie.

L'omission de veiller à ce que les toilettes des personnes résidentes, notamment les planchers et les surfaces de contact, soient nettoyées convenablement augmente le risque de transmission des infections.

Sources : Formulaire de plainte de St. Joseph's Villa (SJV); entretien avec le DSE. [585]

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 019 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 108(2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

108(2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé au foyer où figurent notamment les renseignements suivants : a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite; b) la date de réception de la plainte; c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire; d) le règlement définitif, le cas échéant; e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

### Justification et résumé

En vertu de la politique en matière de plaintes du foyer, « Consigner le problème, la résolution et les étapes suivies pour résoudre la plainte sur le formulaire d'évaluation définie par l'utilisateur ou le formulaire " Évaluation de notre travail ". Si la plainte est reçue par courriel ou lettre, une évaluation définie par l'utilisateur peut être menée; cependant, une copie de la plainte initiale reçue doit être conservée et classée avec les documents de la plainte. »

Une plainte a été envoyée au foyer par un membre de la famille d'une personne résidente, alléguant que cette dernière avait consommé un aliment qui lui a causé des symptômes. Un DSE a répondu au membre de la famille pour apaiser ses préoccupations.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le dossier documenté des plaintes du foyer a été examiné et ne comprenait pas le document relatif à la plainte écrite. Le DSE a confirmé qu'il n'avait pas rempli une évaluation définie par l'utilisateur.

L'omission de disposer d'un dossier documenté des plaintes au foyer qui comprend chaque plainte écrite et tous les éléments requis, comme indiqué ci-dessus, pourrait créer une lacune pour garantir que les plaintes sont traitées et réglées convenablement.

Sources : Politique relative aux plaintes n° POL-05 (dernière révision : 4 août 2023); plainte; entretien avec le DSE. [585]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Programme de soins**

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6(10)b)

Programme de soins

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 :

- (a) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), disposition 155(1)a)] :

1. Le titulaire de permis doit mener une évaluation pendant trois semaines sur les comportements de deux personnes résidentes;
2. L'évaluation doit inclure la date/présence de tout changement dans les besoins en soins ou indiquer si les soins ne sont plus nécessaires spécifiquement pour les comportements de la personne résidente, la date d'examen du programme de soins, la date de la révision, les modifications apportées, le personnel autorisé qui a examiné et a révisé le programme;
3. Tenir un registre des évaluations pour que l'inspecteur ou l'inspectrice du FSLD puisse l'examiner.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et que le programme de soins soit examiné et révisé lorsque les besoins en soins de la personne résidente ont changé ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

**Justification et résumé**

A)

Une personne résidente a présenté un comportement problématique. Le comportement était absent à l'admission; cependant, il s'est manifesté au fil du temps et est resté un comportement manifesté au moment de l'inspection.

Le programme de soins de la personne résidente ne montrait pas qu'il y avait été réévalué ou révisé du fait du comportement manifesté, ce qui a été confirmé par un DSE.

L'omission d'examiner et de réviser le programme de soins lorsque les besoins en soins ont changé augmente le risque que la personne résidente ne reçoive pas d'interventions pour gérer son comportement.

**Sources :**

Programme de soins de la personne résidente, notes d'évolution de la personne résidente; entretien avec le personnel et le directeur des soins aux personnes résidentes. [585]

**Justification et résumé**

B)

Une intervention a été mise en œuvre auprès d'une personne résidente peu après son admission. Après que celle-ci a été mutée à une autre unité, on a évalué que l'intervention n'était plus nécessaire. Le programme de soins prévoyait toujours que la personne résidente devait subir l'intervention. Le jour des faits, la personne résidente a eu l'intervention le soir, mais pas la nuit. Le DASI a déclaré que l'intervention devait être interrompue suivant la mutation de la personne résidente. Le programme de soins n'a pas été révisé pour refléter le changement.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

L'omission d'examiner et de réviser le programme de soins lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires augmente le risque que le résident ne reçoive pas les soins appropriés.

Sources :

Entretien avec le DASI; dossier clinique de la personne résident. [000766]

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

25 juin 2024

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 24(1)

Obligation de protéger

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'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), disposition 155(1)a)]:

1. Le titulaire de permis doit veiller à ce que le plan de sécurité faisant partie du programme de soins d'une personne résidente est mis à jour et suivi par tout le personnel de l'unité;
2. Effectuer des évaluations quotidiennes à chaque quart de travail pendant deux semaines sur le plan de sécurité de la personne résidente pour s'assurer qu'il est en place;
3. Consigner les évaluations, y compris tous les écarts mis en évidence et les mesures correctives prises en fonction desdits écarts;
4. Tenir un registre des évaluations pour que l'inspecteur ou l'inspectrice du FSLD puisse l'examiner.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes soient protégées contre les mauvais traitements infligés par une autre personne résidente qui pourraient leur causer un préjudice.

**Justification et résumé**

Selon l'alinéa 2(1)b) du Règl. de l'Ont., les mauvais traitements d'ordre verbal s'entendent « de toute forme de communication verbale de nature menaçante ou intimidante, de la part d'un résident, qui amène un autre résident à craindre pour sa sécurité, si le résident qui en est responsable en comprend la nature et les conséquences ».

Selon l'alinéa 2(1)c), les mauvais traitements d'ordre physique s'entendent de « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident ».

**A)**

Comme deux personnes résidentes avaient eu des altercations, une intervention avait été mise en place pour éviter que de nouvelles altercations ne se produisent entre les deux personnes résidentes. Une personne résidente est entrée dans la chambre d'une autre et a proféré des menaces verbales à son encontre, puis s'est approchée d'elle avec un objet, la blessant. La personne résidente a été renvoyée du foyer pour éviter tout risque de préjudice pour les autres personnes résidentes.

L'entretien avec un membre du personnel qui a répondu à l'incident a révélé que l'intervention n'était pas engagée au moment de l'incident. Le DSI a reconnu que cet incident répondait à la définition de mauvais traitements d'ordre verbal et physique.

En ne protégeant pas une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre verbal et physique, celle-ci a subi une blessure physique et a exprimé des craintes pour sa sécurité.

**Sources :**

Entretiens avec la personne résidente et le personnel; dossier clinique de la personne résidente. [000766]



**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

B)

Deux personnes résidentes avaient eu des antécédents dans le passé. Celles-ci se trouvaient à proximité l'une de l'autre lorsque l'une d'elles a blessé l'autre personne résidente. Le membre du personnel qui a répondu à l'incident et le DSI ont reconnu durant des entretiens que cet incident répondait à la définition de mauvais traitements d'ordre physique. La personne résidente a été mutée dans une autre unité pour éviter que d'autres préjudices ne soient causés à l'autre personne résidente.

En ne protégeant pas la personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique, celle-ci a subi une blessure.

Sources :

Entretiens avec le DSI et d'autres membres du personnel; dossiers cliniques des personnes résidentes. [000766]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

18 juin 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.

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

La demande écrite de révision doit comprendre :

- 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, ON M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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 suivant 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;
- 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'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 suivant 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 la santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,  
Toronto, ON M5S 1S4

Directeur  
a/s du coordonnateur des appels

**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 West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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, ON 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).