

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 initial

**Date d'émission du rapport :** 4 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1235-0004

**Type d'inspection :**  
Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** Grace Villa Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Grace Villa Nursing Home, Hamilton

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22, 25 au 29 septembre 2024 et 2 et 3 décembre 2024

Les inspections concernaient :

- Inspection n° 00131961 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)  
Gestion des médicaments (Medication Management)  
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)  
Gestion de la douleur (Pain Management)

## RÉSULTATS 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

**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

permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 85 (3) c) de la *LRSLD* (2021).**

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :  
c) la politique du foyer de soins de longue durée 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 la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents soit affichée dans le foyer.

**Justification et résumé**

Au cours d'une visite initiale du foyer le 22 novembre 2024, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents n'a pas été observée comme étant affichée dans le foyer.

La directrice générale (DG) a reconnu que la politique n'était pas affichée.

D'autres observations plus tard dans la même journée indiquaient que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents était affichée dans un couloir de l'étage principal.

**Sources :** Observations dans le foyer, entretien avec la DG.

**Date de mise en œuvre de la rectification :** 22 novembre 2024

Problème de conformité n° 002 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 85 (3) r) de la *LRSLD* (2021).**

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :  
r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'explication sur la protection pour les lanceurs d'alerte soit affichée au foyer.

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

### Justification et résumé

Au cours d'une visite initiale du foyer le 22 novembre 2024, l'explication sur la protection pour les lanceurs d'alerte n'a pas été observée comme étant affichée dans le foyer.

La DG a reconnu que l'explication sur la protection pour les lanceurs d'alerte n'était pas affichée.

D'autres observations plus tard dans la même journée indiquaient que l'explication sur la protection pour les lanceurs d'alerte était affichée dans un couloir de l'étage principal.

**Sources :** Observations dans le foyer, entretien avec la DG.

**Date de mise en œuvre de la rectification :** 22 novembre 2024

Problème de conformité n° 003 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de : la disposition 265 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Affichage des renseignements

Par. 265 (1) Pour l'application de la disposition 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer.

### Justification et résumé

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire du permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Plus précisément, au cours de la visite initiale du foyer le 22 novembre 2024, la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs n'a pas été observée comme étant affichée.

La DG a reconnu que la politique en vigueur concernant les visiteurs n'était pas affichée.

D'autres observations plus tard dans la même journée indiquaient que la politique du foyer concernant les visiteurs était affichée dans un couloir de l'étage principal.

**Sources :** Observations dans le foyer, entretien avec la DG.

**Date de mise en œuvre de la rectification :** le 22 novembre 2024

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 : 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 : la disposition 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 personne résidente, 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 qu'une directive claire soit établie dans le programme de soins de la personne résidente.

### Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente a été passé en revue et indiquait qu'elle avait besoin de deux types de niveaux d'assistance pour une activité de la vie quotidienne déterminée.

Le fichier de données essentielles sur la santé mentale (MDS) de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'un type de niveau d'assistance pour cette activité de la vie quotidienne.

Deux membres du personnel ont indiqué que la personne résidente avait besoin d'un type d'assistance pour cette activité de la vie quotidienne.

Ne pas fournir de directive claire dans le programme soins d'une personne résidente a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir le bon niveau d'assistance pour des soins sécuritaires.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au 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 : la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 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 se conformer au programme de soins d'une personne résidente.

**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

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle n'aimait pas un certain type de boisson et qu'il fallait lui fournir des interventions nutritionnelles précises lors des repas.

Le dîner a été observé dans la salle à manger. La personne résidente a reçu une boisson qu'elle n'aimait pas selon son programme de soins. Elle a refusé son repas et l'intervention nutritionnelle précisée ne lui a pas été fournie.

La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel (Dt. P.) du foyer a indiqué que le personnel devait respecter le programme de soins de la personne résidente, qui comprenait de ne pas lui fournir des éléments qu'elle n'aime pas et de lui fournir les interventions nutritionnelles précisées.

Ne pas se conformer au programme de soins de la personne résidente peut avoir affecté ses soins nutritionnels et sa qualité de vie.

**Sources** : Observations; entretien avec la ou le Dt. P., dossiers cliniques d'une personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de consulter les conseils**

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

**Non-respect de : la disposition 73 de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis de consulter les conseils

Art. 73. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte au moins tous les trois mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter régulièrement le conseil des résidents au moins tous les trois mois.

**Justification et résumé**

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents ont été passés en revue pour 11 mois et indiquaient que la consultation de la DG auprès du conseil a été notée comme « non effectuée » à chaque réunion.

Le directeur ou la directrice du programme et des services de soutien (DPSS) a admis que la DG n'avait pas consulté le conseil des résidents au moins tous les trois mois.

Ne pas veiller à ce que le titulaire de permis consulte le conseil des résidents présentait le risque que d'importants problèmes des résidents soient ignorés.

**Sources** : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, entretien avec le ou la DPSS, entretien avec une personne résidente.

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 : Recyclage

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

### Non-respect de : la disposition 82 (4) de la LRSLD (2021).

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un ou une membre du personnel reçoive sa formation annuelle de recyclage sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) comme requis à la disposition 260 (1) du règlement.

### Justification et résumé

Les dossiers de formation ont été passés en revue pour un ou une membre du personnel. La formation sur la PCI n'a pas été suivie pour l'année 2023.

Le directeur associé ou la directrice associée de la PCI a admis que la formation n'avait pas été suivie.

Ne pas suivre la formation annuelle sur la PCI peut avoir affecté les pratiques en matière de PCI qui maintiennent les personnes résidentes en sécurité.

**Sources** : Dossiers de formation pour 2023 pour un ou une membre du personnel, entretien avec le directeur associé ou la directrice associée de la PCI.

## AVIS ÉCRIT : Rideaux de séparation

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

### Non-respect de : la disposition 16 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rideaux de séparation

Art. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dispose d'un nombre suffisant de rideaux de séparation dans sa chambre pour assurer son intimité.

### Justification et résumé

Au cours d'un entretien avec une personne résidente, celle-ci a indiqué que deux jours plus tôt, le personnel avait retiré l'un de ses rideaux de séparation. Le rideau de séparation n'a pas été remplacé.

**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 personne résidente partageait la chambre avec une autre personne résidente. Il y avait un petit rideau de séparation séparant les deux lits, mais ce rideau n'offrait pas une couverture suffisante pour entourer le lit; le rideau ne couvrait qu'une petite partie de son espace de lit.

La personne résidente se souciait du fait que si le personnel lui fournissait des soins et qu'une personne entrait dans la chambre, il n'y aurait pas d'intimité.

Ne pas fournir de rideaux de séparation en nombre suffisant a affecté la qualité de vie d'une personne résidente.

**Sources** : Observations, entretien avec une personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

**Non-respect de : la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les températures ambiantes du foyer soient maintenues à au moins 22 degrés Celsius.

**Justification et résumé**

Les dossiers sur la température ambiante ont été passés en revue pour un mois. Les températures ambiantes enregistrées dans le foyer étaient inférieures à 22 degrés Celsius pour 24 des 30 jours dans le hall du premier étage, 18 des 30 jours dans le hall du troisième étage, et trois des 30 jours dans la chambre d'une personne résidente.

Au cours de l'inspection, les personnes résidentes dans une salle à manger ont été observées en train de dire aux membres du personnel qu'elles avaient froid dans la salle à manger, alors que la température ambiante enregistrée était inférieure à 22 degrés Celsius.

Une personne résidente au premier étage a indiqué à l'inspecteur ou l'inspectrice n° 740739 que les températures ambiantes dans le hall du premier étage variaient et que cela affectait son confort.

Ne pas maintenir la température du foyer à un minimum de 22 degrés Celsius a affecté le confort et la qualité de vie des personnes résidentes du foyer.

**Sources** : Observations, entretiens avec une personne résidente, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE), dossiers de la température ambiante pour novembre 2024.

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 : Exigences générales

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

### Non-respect de : la disposition 34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

Par. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du programme pour la gestion de la douleur inclut les noms des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

### Justification et résumé

Un examen de l'évaluation du programme pour la gestion de la douleur pour 2023 n'indiquait pas les noms des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le directeur ou la directrice des services cliniques (DSC) a admis que l'évaluation n'avait pas été remplie conformément aux exigences législatives.

Sources : Évaluation du programme de gestion de la douleur pour 2023, entretien avec le ou la DSC.

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins alimentaires et d'hydratation

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

### Non-respect de : la disposition 74 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des interventions qui étaient mises en place pour gérer les risques nutritionnels d'une personne résidente soient mises en œuvre.

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

### Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'elle avait besoin d'une consistance de liquide déterminée.

La personne résidente a été observée dans la salle à manger pendant un dîner. Un ou une membre du personnel a servi la soupe à la personne résidente. La soupe observée avait une consistance différente de celle requise. Le ou la membre du personnel a servi la personne résidente et a confirmé lui avoir servi une soupe de consistance différente.

La ou le Dt. P. a été interrogé(e) et a indiqué que la personne résidente avait besoin d'une consistance de liquide déterminée et que cela incluait la soupe.

Ne pas fournir à la personne résidente la bonne consistance de liquide peut avoir augmenté son risque d'aspiration.

**Sources** : Observations, entretiens avec la ou le Dt. P. et un ou une membre du personnel, dossiers cliniques d'une personne résidente.

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

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes reçoivent de l'aide ou du soutien pour pratiquer l'hygiène des mains avant que les repas soient servis.

La disposition 10.2 c) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, stipule que le programme d'hygiène des mains pour les résidents doit : c) permettre aux résidents d'obtenir de l'aide concernant le respect de l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

### Justification et résumé

Un service de dîner a été observé dans une aire du foyer. Des personnes résidentes étaient transportées dans la salle à manger et le personnel a commencé à servir des boissons et de la soupe. Les personnes résidentes n'ont pas reçu de soutien avec l'hygiène des mains avant que la nourriture et les boissons soient servies.

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'inspecteur ou l'inspectrice a interrogé un ou une membre du personnel qui a indiqué que l'hygiène des mains n'avait pas été pratiquée ce jour-là.

Négliger de laver les mains des personnes résidentes avant de servir les aliments et les boissons peut augmenter le risque de transmission de micro-organismes.

**Sources** : Observation, entretien avec un ou une membre du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

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

**Non-respect de : la disposition 166 (2) 9 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Par. 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

9. Un membre du conseil des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) comprenne un membre du conseil des résidents du foyer.

#### **Justification et résumé**

La liste des membres du comité consultatif professionnel (CCP) de l'ACQ du foyer a été passée en revue. Aucun membre du conseil des résidents du foyer n'y était inscrit.

La DG a admis que le foyer n'avait pas de membre du conseil des résidents faisant partie de son comité sur la qualité.

**Sources** : Liste des membres de l'ACQ, procès-verbal de la réunion du CCP, entretien avec la DG.