

Rapport public

Date d'émission du rapport : 21 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1235-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Grace Villa Limited

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

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13, 15 et 18 au 21 août 2025;

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 14 août 2025

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

– Dossier n° 00151723/incident critique (IC) n° 2741-000022-25 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence

– Dossier n° 00152209/IC n° 2741-000023-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes

L'inspection concernait la plainte suivante :

– Dossier n° 00153694 – Dossier en lien avec la gestion des médicaments

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

Gestion des médicaments

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 53(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on mette en œuvre le programme de prévention et de gestion des chutes à l'endroit d'une personne résidente. Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce que le foyer dispose d'un programme de prévention et de gestion des chutes afin de diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure, et à ce que l'on respecte ce programme. Plus précisément, les membres du personnel ont omis de se conformer au programme pour ce qui est de s'assurer qu'une intervention préventive était incluse dans le programme de soins de la personne résidente. Au cours de l'inspection, on a ajouté l'intervention en question dans le programme de soins de cette personne.

Sources : Démarche d'observation menée auprès de la personne résidente; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de prévention et de gestion des chutes; entretien avec des membres de la direction de l'équipe des soins infirmiers.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 20 août 2025

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect du : paragraphe 24(1) de la LRSLD

Obligation de protéger

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis a omis de protéger une personne résidente contre de mauvais traitements d'ordres physique et verbal de la part d'une autre personne résidente.

Aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, 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) À une date donnée, une personne résidente a infligé de mauvais traitements d'ordre physique à une autre personne résidente, et cette dernière a subi une blessure.

Aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, 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 ».

B) Au cours de l'incident susmentionné, la personne résidente a aussi fait subir de mauvais traitements d'ordre verbal à l'autre personne résidente, ce qui a fait naître un sentiment de peur chez cette dernière.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; rapport d'incident critique; entretien avec des membres de la direction de l'équipe des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre

de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on mette en œuvre le programme de prévention et de gestion des chutes à l'endroit d'une personne résidente. Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce que le foyer dispose d'un programme de prévention et de gestion des chutes afin de diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure, et à ce que l'on respecte ce programme.

Plus précisément, les membres du personnel ont omis de se conformer au programme pour ce qui est de mettre en œuvre une intervention en cas de chute auprès d'une personne résidente. En effet, à une date donnée, on a omis de mettre cette intervention en œuvre auprès de la personne, ce qui était pourtant exigé dans le programme de soins de celle-ci.

Sources : Démarche d'observation menée auprès de la personne résidente; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de prévention et de gestion des chutes; entretien avec les membres du personnel chargé de fournir des soins directs.