

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 24 juin 2024

Numéro d'inspection : 2024-1432-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : 955464 Ontario Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Millennium Trail Manor, Niagara Falls

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Nishy Francis (740873)

Signature numérique de

**l'inspectrice/Signature numérique de
l'inspecteur**

Autres inspectrices ou inspecteurs

Emily Robins (741074)

Meghan Redfearn (000765)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 14 au 17 mai, du 21 au 24 mai et les 27 et 28 mai 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 21 mai 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00101923 (IC : 2948-000027-2) relative à la prévention et à la gestion des chutes;
- Plainte : n° 00104260 (IC : 2948-000031-23) relative à la prévention de la maltraitance et de la négligence;

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Plainte : n° 00108697 (IC : 2948-00010-24) relative à la prévention de la maltraitance et de la négligence;
- Plainte : n° 00110066 (IC : 2948-000012-24) relative à la prévention de la maltraitance et de la négligence;
- Plainte : n° 00111533 (IC : 2948-000014-24) relative à la prévention de la maltraitance et de la négligence;
- Plainte : n° 00109870 relative aux soins et aux services de soutien aux personnes résidentes ainsi qu'à la prévention et à la gestion des chutes.
- L'inspection effectuée concernait :
- Plainte : n° 00102516 (IC : 2948-000028-23), plainte : n° 00104010 (IC : 2948-000030-23), plainte : n° 00112067 (IC : 2948-000015-24), et plainte : n° 00110266 (IC : 2948000013-24) relatives à la prévention et à la gestion des chutes.

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 contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and 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 permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 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 : la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021)
Programme de soins

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Par. 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

À une date précisée, un membre du personnel a reconnu que l'appareil d'assistance personnelle d'une personne résidente ne fonctionnait pas. Le programme de soins de la personne résidente exigeait que le personnel vérifie que l'appareil d'assistance personnelle était allumé et en bon état de fonctionnement au moins une fois par jour. Le membre du personnel a affirmé qu'il devait corriger l'appareil d'assistance personnelle alors qu'il n'était pas allumé et en bon état de fonctionnement et a reconnu ne pas l'avoir fait non plus.

Un autre membre du personnel a réinitialisé l'appareil d'assistance personnelle et s'est assuré qu'il était allumé et en bon état de fonctionnement pendant l'observation de suivi.

Lorsque l'appareil d'assistance personnelle n'était pas allumé et en bon état de fonctionnement, il y avait un risque potentiel de blessure et de retard de traitement.

Sources : Observations; entretien avec le personnel; dossier clinique de la personne résidente. [740873]

Date de mise en œuvre de la rectification : 14 mai 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 : la disposition 6 (10) c) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6(10) Le titulaire de permis veille à ce que la personne résidente 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 : c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la réévaluation d'une personne résidente et à l'examen du programme de soins lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'interventions pour la prévention des chutes.

Les entretiens avec le personnel, les observations et les notes d'évolution indiquaient que la mise en œuvre de l'intervention était inefficace. Le personnel a reconnu que le programme de soins n'avait pas été réévalué ou passé en revue lorsque les interventions se sont révélées inefficaces.

Pendant les observations de suivi, le foyer avait appliqué efficacement les interventions.

Lorsque le programme de soins n'a pas été réévalué ou passé en revue alors que les soins prévus dans le programme étaient inefficaces, il y avait un risque potentiel pour la sécurité de la personne résidente.

Sources : Observations de la chambre de la personne résidente; entretiens avec le personnel; dossier clinique de la personne résidente. [7408731

Date de mise en œuvre de la rectification : 15 mai 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 : 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 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 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

La personne résidente a fait une chute à une date précisée. Le programme de soins indiquait qu'un appareil d'assistance personnelle était nécessaire comme stratégie de prévention des chutes. Le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que la personne résidente n'avait pas d'appareil d'assistance personnelle en place au moment de la chute alors qu'il y aurait dû en avoir un.

La personne résidente a fait une autre chute à une date précisée. Un membre du personnel a vérifié que l'appareil d'assistance personnelle n'était pas en place au moment de la chute et a confirmé qu'il aurait dû être en place.

Lorsque les soins n'ont pas été fournis conformément au programme de soins, il y a eu un préjudice réel pour la personne résidente lors de deux incidents distincts. Lorsque le foyer a continué d'échouer à fournir les soins conformément au programme de soins après la première chute, la personne résidente a subi un autre préjudice et n'a pas reçu les soins requis pour réduire l'incidence de la blessure.

Sources : Entretiens avec le personnel; examen du dossier clinique de la personne résidente.
[740874]

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

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 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente. »

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y avait négligence d'une personne résidente par un membre du personnel qui avait causé un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés au directeur.

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Un membre du personnel a allégué qu'un membre du personnel de soins directs avait négligé de fournir des soins à une personne résidente à une date précisée. Le membre du personnel n'a pas signalé ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés à la direction avant une date ultérieure où les faits ont été signalés au directeur.

Sources : Rapport d'incident critique n° 10-24 et entretiens avec le personnel. [7410741

(2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente sur une autre ayant entraîné un préjudice pour une personne résidente soit signalé immédiatement à la direction par le personnel.

Justification et résumé

À une date précisée, la personne résidente n° 003 a fait une chute sans témoin dans le couloir depuis la chambre de la personne résidente n° 004, ce qui a causé une altération de son intégrité épidermique.

Le personnel a indiqué avoir répondu à la chute lorsqu'il a entendu la personne résidente n° 004 affirmer qu'elle avait poussé la personne résidente n° 003 et entendu cette dernière affirmer que la personne résidente n° 004 l'avait poussée.

La politique du foyer sur la « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes : intervention et signalement » indiquait qu'un employé qui prend conscience d'un incident de mauvais traitement allégué, soupçonné ou avec témoin d'une personne résidente doit le signaler immédiatement à l'administrateur, son représentant ou son supérieur immédiat ou, en cas d'indisponibilité, le superviseur du plus haut degré au travail à ce moment.

Le personnel a indiqué avoir signalé l'incident à un membre du personnel autorisé. Le membre du personnel autorisé a reconnu que le soupçon de mauvais traitement nécessitait un signalement immédiat à la direction, mais n'était plus certain d'avoir signalé l'incident à la direction.

Le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré qu'il n'avait pas été informé de l'incident présumé de maltraitance physique et que si le personnel soupçonnait une maltraitance physique, il aurait dû le signaler immédiatement à la direction.

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Il y avait un risque qu'un incident de mauvais traitement physique allégué ne fasse pas l'objet d'une enquête lorsque le personnel ne l'a pas signalé immédiatement à la direction.

Sources : Politique « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes : politique d'intervention et de signalement; rapport d'IC; notes d'évolution de la personne résidente n° 003; entretiens avec le personnel. [000765]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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 55(2)a)(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Par. 55(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- (a) la personne résidente dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé,
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente à risque d'altération de l'intégrité épidermique reçoive une évaluation de la peau lors de tout retour de l'hôpital.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute lors de laquelle elle a subi une altération de l'intégrité épidermique et a été transférée à l'hôpital. Un membre du personnel a indiqué qu'une évaluation de la peau n'avait pas été effectuée lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital, alors qu'elle aurait dû être effectuée.

Lorsqu'une évaluation de la peau n'a pas été effectuée pour la personne résidente à son retour de l'hôpital, il y avait un risque que le personnel ne soit pas au courant d'une éventuelle détérioration épidermique.

Sources : Entretien avec le personnel; examen du dossier clinique de la personne résidente. [740873]

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les personnes résidentes et autres interactions

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 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Altercations entre les personnes résidentes et autres interactions

Par.59. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, notamment :

(b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures d'intervention soient prises pour minimiser le risque d'altercations et mettre en œuvre les mesures d'intervention pour éviter les interactions potentiellement nuisibles entre personnes résidentes.

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente indiquait une intervention prévue lorsque la personne résidente n'était pas dans sa chambre pour dissuader les autres personnes résidentes d'y entrer. Un membre du personnel autorisé a affirmé que la personne résidente déteste avoir des gens dans sa chambre et devient protectrice de son espace.

Des observations de la porte et de la chambre de la personne résidente ont été faites pendant l'inspection. L'intervention n'était pas appliquée.

Le personnel a affirmé ne pas avoir vu l'intervention en place et a reconnu qu'elle n'était pas en place. Il a également affirmé que l'intervention était inscrite dans le programme de soins de la personne résidente, alors elle aurait dû être en place.

Il y avait un risque qu'une autre personne résidente puisse entrer dans la chambre de la personne résidente lorsque l'intervention n'était pas en place.

Sources : Observations de la chambre de la personne résidente; programme de soins de la personne résidente; entretiens avec [1000765]

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents critiques

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 115(3)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents critiques

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à une personne résidente une blessure pour laquelle elle est transportée à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé d'un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, après lequel elle a été transportée à l'hôpital et qui a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute à une date précisée lors de laquelle elle a subi une blessure et elle a été transférée à l'hôpital. La blessure nécessitait une autre intervention, ce qui a eu une incidence sur plus d'un aspect de l'état de santé de la personne résidente et il y a eu des révisions apportées au programme de soins de la personne résidente.

La direction du foyer a convenu, à partir de la définition de changement important aux termes du par. 115(8) de la LRSLD (2021), que la chute de la personne résidente aurait dû être signalée comme un incident critique alors qu'elle ne l'a pas été.

Lorsque le foyer échoue à respecter les lignes directrices en matière de signalement, il y a un risque que les renseignements ne soient pas saisis correctement afin de définir les tendances. Le défaut de signaler l'incident au directeur a un impact et un risque faibles pour la 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Entretien avec l'administrateur; examen du dossier clinique de la personne résidente.
[7408731

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 – Obligation de protéger

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Par. 24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

Le titulaire de permis doit :

- (1) Fournir de la formation au personnel suivant :
 - À quatre membres du personnel identifiés sur la procédure pour répondre à un mauvais traitement allégué, soupçonné ou avec témoin de personnes résidentes, y compris l'exigence de se conformer au signalement obligatoire;
 - À un membre du personnel identifié sur la politique du foyer concernant la prévention des mauvais traitements et de la négligence, particulièrement la définition de négligence et tout aspect relatif au fait de s'assurer que les personnes résidentes ne sont pas négligées par le personnel;
 - À deux membres du personnel identifiés sur la politique du foyer concernant la prévention de mauvais traitements et de négligence, particulièrement la définition de mauvais traitement d'ordre affectif;
 - Documenter la formation, y compris les dates, les noms des membres du personnel recevant la formation ainsi que des membres du personnel qui ont fourni la formation;
- (2) Réaliser des audits pour s'assurer qu'un membre du personnel fournit les soins aux personnes résidentes comme requis lors du quart de nuit et conserver un document écrit de ces audits en vue de l'examen de l'inspectrice;

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

(3) Effectuer un examen de l'intérêt comportemental de la personne résidente n° 004 dans son programme de soins.

Réévaluer les interventions relatives aux comportements et s'assurer que les nouvelles interventions sont mises en œuvre afin de réduire le risque d'altercations.

- S'assurer que l'efficacité des interventions est réévaluée;
- Conserver un relevé écrit de l'examen, de tout changement apporté aux interventions et de l'efficacité des interventions.

Motifs

(1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 003 soit protégée des mauvais traitements d'ordre physique de la personne résidente n° 004.

Justification et résumé

Selon l'alinéa 2(1)c) du Règl. de l'Ont 246/22, la définition des mauvais traitements d'ordre physique inclut l'usage de la force physique de la part d'une personne résidente pour causer des lésions corporelles à une autre personne résidente.

À une date précisée, la personne résidente n° 003 a fait une chute sans témoin dans le couloir depuis la chambre de la personne résidente n° 004, ce qui a causé une altération de l'intégrité épidermique. Un résumé des images vidéo de l'incident indiquait que la personne résidente n° 004 avait été observée entrant dans sa chambre, suivie de la personne résidente n° 003 quelques minutes plus tard. La personne résidente n° 003 a ensuite été observée chutant rapidement dans le cadre depuis le seuil de la chambre de la personne résidente n° 004.

Deux membres du personnel se sont occupés des personnes résidentes, les ont séparées et ont réalisé leurs évaluations.

Les membres du personnel ont reconnu qu'il y avait eu un mauvais traitement de la personne résidente n° 003.

Le défaut de protéger la personne résidente n° 003 d'un mauvais traitement d'ordre physique a causé une blessure pour la 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Notes d'évolutions de la personne résidente n° 003; notes d'évolution de la personne résidente n° 004; entretiens avec le personnel. [0007651]

(2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée d'un mauvais traitement d'ordre affectif de la part d'un membre du personnel.

Justification et résumé

Selon l'alinéa 2(1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22, la définition de mauvais traitement d'ordre affectif inclut des gestes humiliants, notamment de l'infantilisation de la part d'une personne autre que la personne résidente.

Un membre du personnel a été signalé comme enregistrant une vidéo d'une personne résidente à l'aide son cellulaire personnel et faisant des sons audibles de nature humiliante. La vidéo de surveillance du foyer et le DSI ont indiqué que le cellulaire du membre du personnel était dirigé vers une personne résidente et que le membre du personnel avait des expressions faciles de nature humiliante dirigées vers la personne résidente.

Lorsque le foyer échoue à protéger une personne résidente d'un mauvais traitement d'ordre affectif par un membre du personnel, il y a un risque de préjudice pour le bien-être de la personne résidente.

Sources : Entretiens avec le personnel; notes d'enquête du foyer. [740873]

(3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas négligée par le personnel.

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, la négligence « s'entend du défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes. »

Justification et résumé

Une personne résidente nécessitait de la surveillance pendant la nuit. À une date précisée, un membre du personnel a été affecté aux soins de la personne résidente. Le membre du personnel n'a pas vérifié que la personne résidente était en sécurité et n'a pas non plus vérifié d'autres aspects de soins requis conformément au programme de soins de nuit.

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

La personne résidente a été découverte le matin suivant dans des conditions insalubres par le personnel arrivant. Le membre du personnel de nuit a faussement documenté avoir surveillé la personne résidente, effectué les vérifications de sécurité et fourni des soins pendant son quart de travail.

Le défaut de s'assurer que la personne résidente n'était pas négligée par le personnel a entraîné un préjudice réel pour la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique (RIC) n° 10-24, programme de soins, notes d'évolution, rapport d'enquête des documents et évaluations de la personne résidente, notes d'enquête du foyer relativement au RIC n° 10-24, et entretiens avec le personnel. [7410741]

(4) Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre le mauvais traitement d'ordre affectif du personnel.

Conformément à l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, le mauvais traitement d'ordre affectif s'entend « de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'une personne résidente ».

Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin de l'assistance de deux membres du personnel pour des soins. À une date précisée, la personne résidente a sonné pour obtenir de l'aide. Un membre du personnel a répondu et a indiqué ne pas pouvoir fournir d'assistance, puis a suggéré une solution de remplacement qui était contre-indiquée. La personne résidente était très contrariée par cette interaction avec le membre du personnel et a indiqué que cela était inacceptable pour elle.

Le défaut de s'assurer que la personne résidente était protégée des mauvais traitements d'ordre affectif par le personnel a causé un préjudice affectif à la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins et évaluations de la personne résidente, incident de gestion du risque n° 5167, notes d'enquêtes du foyer pour l'incident critique n° 12-24, et entretiens avec le personnel. [741074]

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 août 2024.

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative AMP n° 001 Relatif à l'ordre de conformité ICO n° 001

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5500,00\$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de mise en conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité :

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Les titulaires de permis ne doivent PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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.

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
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto, ON, M7A1N3
Courriel : 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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Si la signification se fait :

a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi; b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures; (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 (par. 155) ou l'APA (par. 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^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

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 Ouest, 11^e étage
Hamilton, ON, L8P4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto, ON, M7A1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinatonaontario.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/scripts/french/.