

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 14 juillet 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1567-0003

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** La municipalité régionale de Niagara

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Linhaven, St. Catharines

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8 au 11 et 14 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00144817 – Plainte en lien avec des préoccupations concernant la prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes résidentes
- Dossier : n° 00148293 – Incident critique : M551-000012-25 – Dossier en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Dossier : n° 00148770 – Suivi n° 2025-1567-0002 de l'ordre de conformité n° 003 en lien avec le paragraphe 24(1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) – Obligation de protéger. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 3 juillet 2025
- Dossier : n° 00148771 – Suivi n° 2025-1567-0002 de l'ordre de conformité n° 001 en lien avec l'article 5 de la LRSLD – Foyer : milieu sûr et sécuritaire. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 3 juillet 2025
- Dossier : n° 00148772 – Suivi n° 2025-1567-0002 de l'ordre de conformité n° 002 en lien avec le paragraphe 6(7) de la LRSLD – Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 3 juillet 2025

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1567-0002 en lien avec le paragraphe 24(1) de la LRSLD

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1567-0002 en lien avec l'article 5 de la LRSLD

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1567-0002 en lien avec le paragraphe 6(7) de la LRSLD

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

- Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect rectifié

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 LRSLD.

#### **Non-respect de : l'alinéa 96(1)a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96(1) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des services d'entretien sont disponibles sept jours par semaine au foyer pour faire

en sorte que le bâtiment, notamment les aires à l'intérieur et à l'extérieur, et ses systèmes opérationnels soient maintenus en bon état.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel du programme de services d'entretien s'assurent que l'extérieur du bâtiment était maintenu en bon état. En effet, il y avait un trou dans une partie du soffite à l'extérieur de la fenêtre d'une personne résidente et on pouvait voir un nid d'animal à l'intérieur. On a montré le trou à la directrice adjointe ou au directeur adjoint des services des installations et de l'environnement; elle ou il a alors indiqué que le trou serait réparé immédiatement. On a constaté que le trou avait été réparé le 14 juillet 2025.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec la directrice adjointe ou au directeur adjoint des services des installations et de l'environnement.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 14 juillet 2025

### **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 23(1)a)(i) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 23(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :
- (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on procède à une enquête immédiate à propos d'un incident de mauvais traitements présumés à l'endroit d'une personne résidente qui avait été signalé à un membre du personnel. À une date donnée, en novembre 2021, une personne résidente avait signalé un incident de mauvais traitements présumés de la part d'un membre du personnel. Cependant, le foyer n'a pas été en mesure de fournir des notes d'enquête à l'inspectrice ou à l'inspecteur. En outre, on a omis de présenter un formulaire d'incident critique à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente et programme de soins de cette personne; entretien avec la directrice ou le directeur 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)4 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 :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53(1); Règl. de l'Ont. 66/23, article 10.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre le programme de gestion de la douleur du foyer à l'endroit d'une personne résidente lorsque celle-ci s'est mise à ressentir une nouvelle douleur à une date donnée en mai 2025.

A. Plus précisément, les membres du personnel ont omis de procéder à la démarche de dépistage, d'évaluation et de gestion de la douleur de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario lorsque la personne résidente a commencé à ressentir une nouvelle douleur, comme le prévoyait pourtant la politique correspondante du foyer.

**Sources** : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; examen de la politique de gestion de la douleur du foyer, révisée pour la dernière fois le 2 avril 2024; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins aux personnes résidentes.

B. Plus précisément, on a administré un analgésique à une personne résidente à une date donnée, dans la matinée, en mai 2025. Cependant, après une période suffisante, on a omis de procéder à une réévaluation visant à vérifier l'efficacité de cette intervention, comme l'exigeait pourtant la politique correspondante du foyer.

**Sources** : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; examen de la

politique de gestion de la douleur du foyer, révisée pour la dernière fois le 2 avril 2024; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins aux personnes résidentes.

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

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on se conforme à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), délivrée par la directrice ou le directeur.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) porte l'équipement de protection individuelle requis au moment de fournir des soins à une personne résidente à l'égard de qui il fallait prendre des précautions supplémentaires quant aux contacts, et ce, dans le contexte de l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 9.1f) de la Norme (avril 2022, révisée en septembre 2023). Le port de gants et d'une blouse était exigé pour une telle intervention. Cependant, à une date donnée en juillet 2025, on a vu la PSSP qui fournissait des soins à une personne résidente sans porter la blouse requise.

**Sources** : Démarches d'observations; programme de soins de la personne résidente; entretien avec la PSSP.

