

Rapport public

Date d'émission du rapport : le 7 avril 2026

Numéro d'inspection : 2026-1608-0002

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : The Corporation of the County of Lambton

Foyer de soins de longue durée et ville : Marshall Gowland Manor, Sarnia

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 25 au 26 et le 30 mars et du 1^{er} au 2 et le 7 avril 2026.

L'inspection concernait :

- L'incident critique (IC) n° M613-000004-26 lié à des allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente.
- L'IC n° M613-000006-26 lié à la prévention et à la gestion des chutes.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

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.

L'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit la « négligence » comme le défaut de fournir à un résident 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'un ou de plusieurs résidents.

Une plainte a été déposée auprès du foyer alléguant que le personnel du foyer a négligé de prodiguer à une personne résidente les soins liés à l'incontinence dont elle avait besoin à deux dates.

À ce moment-là, le programme de soins de la personne résidente précisait qu'elle avait besoin de soins particuliers liés à l'incontinence à certains moments de la journée et qu'elle présentait un risque d'altération de l'intégrité épidermique liée à son état d'incontinence.

Des rondes étaient planifiées toutes les heures pour la personne résidente et le personnel devait vérifier ses besoins personnels, y compris si elle avait besoin de soins liés à l'incontinence lors de ces rondes planifiées.

Aux deux dates indiquées, la personne résidente n'a pas reçu de soins liés à l'incontinence au moment de la journée où elle en avait besoin, bien que son ou sa mandataire ait demandé que ces soins lui soient prodigués.

Le foyer a mené une enquête sur les allégations de négligence qui ont été signalées et a constaté que la personne résidente avait été négligée par le personnel lorsqu'elle n'avait pas reçu les soins liés à l'incontinence dont elle avait besoin à ces deux dates. Lorsque le personnel a négligé de fournir à la personne résidente les soins liés à l'incontinence dont elle avait besoin à ces dates, elle risquait de subir d'autres lésions cutanées.

Sources : rapport d'IC n° M613-000004-26; politiques du foyer; notes d'enquête du foyer relatives à l'IC n° M613-000004-26; dossier clinique de la personne résidente, y compris son programme de soins provisoire et les tâches; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Une évaluation nutritionnelle réalisée pour une personne résidente a montré qu'elle présentait un risque nutritionnel élevé en raison de facteurs de risque précis, notamment qu'elle nécessitait de l'aide pour s'alimenter.

Son programme de soins indiquait qu'elle avait besoin de l'aide du personnel pour manger et indiquait au personnel de lui fournir un aliment particulier à l'heure de la collation afin d'améliorer son état nutritionnel.

Le personnel a indiqué que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) étaient chargées de fournir aux personnes résidentes l'aide dont elles avaient besoin pour manger et boire et que le personnel en diététique n'était pas adéquatement formé à le faire.

Un membre du personnel des services en diététique a laissé un aliment particulier pour la personne résidente dans sa chambre, alors que la personne résidente n'était pas présente, et il ou elle n'a pas informé la PSSP, qui était chargée de fournir de l'aide à la personne résidente, que cette collation avait été laissée dans sa chambre. La collation a ensuite été retrouvée sans avoir été touchée dans la chambre de la personne résidente et jetée.

La personne résidente s'est vue servir une collation avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle avait besoin pour manger et boire, ce qui a fait en sorte qu'elle n'a pas reçu les soins alimentaires dont elle avait besoin.

Sources : rapport d'IC n° M613-000004-26; notes d'enquête du foyer relatives à l'IC n° M613-000004-26; dossier clinique de la personne résidente incluant les

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

évaluations nutritionnelles, le programme de soins provisoire et les notes d'évolution, et entretiens avec le personnel.