

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 10 septembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1490-0005

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Le Conseil de direction de l'Armée du Salut au Canada

**Foyer de soins de longue durée et ville :** R. H. Lawson Eventide Home, Niagara Falls

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 27 au 29 août 2025 et du 2 au 5 et du 8 au 10 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00151490/Incident critique (IC) n° 2991-000014-25 lié à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Le dossier : n° 00152315 – plainte concernant un foyer sûr et sécuritaire, le programme de soins et l'administration de médicaments.
- Le dossier : n° 00152336/IC n° 2991-000015-25 – lié à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier : n° 00155550 – plainte portant sur des préoccupations liées à la prévention des mauvais traitements et de la négligence et aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Selon l'évaluation de la personne résidente

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

#### Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé sur une évaluation de la personne résidente.

Une personne résidente a été victime d'un incident lors de son transfert. Une évaluation de la personne résidente a montré qu'elle avait besoin d'un niveau d'aide particulier pour les transferts. Le programme de soins de la personne résidente ne correspondait pas à l'évaluation et la personne résidente a été transférée en utilisant le mauvais niveau d'aide. Le personnel a déclaré que l'évaluation n'avait pas été transférée dans le programme de soins et qu'il n'aurait pas été au courant du changement.

**Sources :** programme de soins d'une personne résidente, entretien avec les membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

#### Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

(a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation et le programme de soins d'une personne résidente soient cohérents et se complètent.

Les documents figurant dans le programme de soins d'une personne résidente indiquaient que cette dernière n'était pas candidate à une mesure d'intervention de transfert. Le programme de soins de la personne résidente indique que le personnel doit utiliser la mesure d'intervention de transfert, mais aucune évaluation n'indique que la personne résidente est capable d'utiliser la mesure d'intervention de transfert en toute sécurité. La direction a reconnu que l'incohérence entre la documentation et le programme de soins pouvait être source de confusion pour le personnel.

**Sources :** programme de soins de la personne résidente, politique concernant le non-levage (No Lift Policy), entretiens avec les membres du personnel et la direction.

### **AVIS ÉCRIT : Documentation**

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 2) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le refus de soins d'une personne résidente soit consigné dans son programme de soins.

À une date donnée, une personne résidente a été impliquée dans un incident et s'est avérée incontinente. Les notes d'enquête du foyer indiquent que la personne résidente refusait les soins personnels avant l'incident. Un examen du programme de soins de la personne résidente n'a montré aucun document indiquant que la personne résidente refusait les soins personnels et le personnel autorisé a déclaré qu'il n'avait pas été informé du fait que la personne résidente refusait les soins.

**Sources :** programme de soins d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; politique concernant la documentation du point de service (POC Documentation policy); entretiens avec les membres du personnel.

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

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à une allégation de mauvais traitement d'une personne résidente par une autre personne résidente, qui a entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice. L'incident n'a été signalé que douze jours plus tard.

**Sources :** IC n° 2991-000014-25; entretien avec la direction.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des allégations de mauvais traitements soient signalées au directeur ou à la directrice.

À une date donnée, le personnel autorisé a signalé à la direction plusieurs allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. Un examen du système de rapport d'incidents critiques du ministère des Soins de longue durée – portail de système de rapport d'incidents critiques n'a révélé aucune preuve qu'un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice avec les allégations de négligence.

**Sources :** notes d'enquête du foyer; portail du système de rapport d'incidents critiques du ministère des Soins de longue durée; politique sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect policy); entretien avec la direction.

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 53 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (2) En plus de devoir satisfaire aux exigences énoncées à l'article 34, chaque programme doit :

(b) prévoir des outils d'évaluation et de réévaluation. Paragraphe 53 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du foyer en ce qui a trait à l'évaluation de la douleur. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à avoir des politiques écrites pour le programme de gestion de la douleur et veiller à ce qu'elles soient respectées. Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas respecté l'exigence du titulaire de permis de procéder à une évaluation de la douleur d'une personne résidente lorsque celle-ci se plaint d'une nouvelle douleur.

En outre, la personne résidente a présenté des niveaux de douleur élevés à plusieurs reprises entre deux dates et, conformément à la politique du foyer, il aurait également fallu procéder à une évaluation complète de la douleur. Aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée jusqu'à une date ultérieure.

**Sources :** dossier clinique de la personne résidente; politique de gestion de la douleur du foyer (Pain Management Policy), entretien avec des membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

Une personne résidente a été impliquée dans un incident et a été trouvée incontinente. La personne résidente devait recevoir des soins personnels à des heures précises de la journée. Le programme de soins de la personne résidente indique qu'elle n'a pas reçu de soins personnels aux heures requises. La direction a déclaré qu'à la suite de l'enquête, elle a déterminé que le personnel n'avait pas fourni de soins personnels à la personne résidente aux heures précisées.

**Sources :** programme de soins d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretien avec la direction.

### **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente lorsqu'elle présente des comportements réactifs, et à ce que ces mesures soient documentées. Au cours d'une période déterminée, une personne résidente a manifesté des comportements réactifs à l'égard d'une autre personne résidente. Aucune évaluation ou mise à jour du programme de soins n'a été documentée en ce qui concerne les comportements réactifs de la personne résidente.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, politique du foyer concernant les comportements réactifs (Responsive Behaviour) et entretien avec les membres du personnel.