

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 10 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1493-0003**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Niagara Ina Grafton Gage Village**Foyer de soins de longue durée et ville :** Niagara Ina Grafton Gage Village, St Catharines**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4, 5, 6, 9, 10 juin 2025.

L'inspection concernait :

Dossier : n° 00145679 – Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC)
n° 2994-000005-25 – Dossier en lien avec un traitement ou des soins donnés de
manière inappropriée/incompétente à une personne résidente.

Dossier : n° 00148273 – Rapport du SIC n° 2994-000010-25 – Dossier en lien avec un
traitement ou des soins donnés de manière inappropriée/incompétente à une personne
résidente.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

a) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une allégation de traitement ou de soins donnés de manière inappropriée à une personne résidente soit signalée immédiatement; en effet, l'incident n'a été signalé que deux jours plus tard.

Sources : Rapport du SIC; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

b) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une allégation de traitement ou de soins donnés de manière inappropriée à une personne résidente soit signalée immédiatement; en effet, l'incident n'a été signalé que trois jours plus tard.

Sources : Rapport du SIC; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect du : paragraphe 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des allégations de soins donnés de manière inappropriée à une personne résidente soient documentées dans le dossier clinique de cette personne, en plus de toute évaluation immédiate de la personne résidente ou toute intervention mise en œuvre à la suite de l'incident.

Sources : Rapport du SIC; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; évaluations; entretiens avec deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés.

