

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 7 juillet 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1407-0003**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** St. Joseph's Care Group**Foyer de soins de longue durée et ville :** Hogarth Riverview Manor, Thunder Bay

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 23 au 26 juin 2025.

Les inspections concernaient :

- Une plainte liée à une chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Trois plaintes liées à des éclosions de maladies.
- Une plainte liée à une personne résidente manquant à l'appel.
- Une plainte liée au décès inattendu d'une personne résidente.
- Une plainte liée à des allégations de mauvais traitement d'ordre physique envers une personne résidente par un membre du personnel.

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)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 6 (4) b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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 à ce qui suit :  
b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) collabore avec le personnel autorisé à la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente de manière à ce que les différents aspects des soins soient intégrés et cohérents les uns avec les autres lorsqu'elle n'a pas communiqué à l'IA qui arrivait les besoins spécifiques en matière de soins dont la personne résidente avait besoin.

**Sources :** Les dossiers de soins de santé d'une personne résidente; la politique : « Programme de soins » mise à jour la dernière fois en novembre 2023; rapport du quart de nuit; enquête interne du foyer; entretiens avec trois IA et une ou un responsable clinique.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins**

Problème de conformité n° 002 – 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 au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les contrôles de sécurité dans le cadre des rondes de soins et de confort horaires d'une personne résidente, comme ils sont décrits dans le programme de soins, soient fournis à la personne résidente comme prévu.

**Sources :** Politique : Rondes de soins et de confort; dossier d'enquête interne du foyer; entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la ou le responsable clinique.

## AVIS ÉCRIT : Documents

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 (9) 3 de la LRSLD (2021),

Programme de soins

Par. 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :  
3. L'efficacité du programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'efficacité du programme de soins et de prévention des chutes des résidents soit documentée lorsqu'il a refusé d'utiliser une intervention.

**Sources :** Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; la politique : « Programme de soins » mise à jour la dernière fois en novembre 2023; entretiens avec une ou un IA et avec l'administratrice ou l'administrateur.

## AVIS ÉCRIT : Lors d'une réévaluation, une révision est requise

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 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident 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 :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas assuré la révision du programme de soins d'une personne résidente lorsque les besoins de cette dernière ont changé quand une ou un PSSP et du personnel autorisé ont vérifié la nécessité de deux interventions différentes contre les chutes, alors que le programme de soins n'en comportait qu'une.

**Sources :** Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; la politique : « Programme de soins » mise à jour la dernière fois en novembre 2023; programme de soins de la personne résidente; entretiens avec une ou un PSSP, une ou un IA et avec l'administratrice ou l'administrateur.

## AVIS ÉCRIT : Obligations spécifiques en matière de propreté et de réparation

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 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement du foyer soit entretenu afin d'être sûr et sécuritaire, après qu'on ait constaté que l'équipement utilisé pour le soutien en cas de chute se soit avéré défectueux et devant être réparé.

**Sources** : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretiens avec une ou un PSSP, une ou un IA, la ou le responsable clinique et l'administratrice ou l'administrateur.

## AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect, par un membre du personnel, de la politique écrite du foyer visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence pour une personne résidente.

Plus précisément, un membre du personnel ne s'est pas conformé avec la politique « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes : Intervention et signalement » du foyer, quand il n'a pas signalé un incident de façon adéquate.

**Sources** : Examen du dossier d'enquête interne du foyer; entretiens avec la ou le responsable clinique, l'administratrice ou l'administrateur; et la politique : « Tolérance zéro

concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes :  
Intervention et signalement, dernière révision en février 2024.

## AVIS ÉCRIT : Rapports sur les 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 (5) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur les incidents graves

115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

1. Une description de l'incident, y compris le type d'incident, l'endroit ou l'emplacement où l'incident a eu lieu, la date et l'heure de l'incident et les événements qui ont mené à l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les événements ayant conduit à un incident critique soient inclus dans le rapport à la directrice ou au directeur.

**Sources :** Politique : Rapport d'incident critique (ON), dernière révision en février 2024; rapport d'IC; et entretiens avec une ou un IA et la ou le responsable critique.

## AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : la disposition 268 (4) 1. viii. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Plans de mesures d'urgence

268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment ,  
viii. les disparitions de résidents,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans d'urgence impliquant la disparition de résidents soient respectés lorsqu'il a été déterminé qu'une personne résidente était portée disparue à une date précise.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 11 (1) (b) exige que le titulaire de permis d'un foyer établisse et mette en place un plan et s'assure qu'il soit respecté.

Plus précisément, une ou un IA ne s'est pas conformé(e) à la politique de code jaune du foyer en amorçant immédiatement une recherche associée à un code jaune quand on l'a averti(e) de la disparition d'une personne résidente.

**Sources** : Politique : Code jaune; dossier d'enquête interne du foyer; entretien avec une ou un IA.