

## Rapport public

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

**Numéro d'inspection :** 2025-1605-0003

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

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

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Northland Pointe, Port Colborne

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 avril 2025, ainsi que 1<sup>er</sup>, 2, 5 au 9 et 13 et 14 mai 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00145896 – Inspection proactive de la conformité concernant le foyer Northland Pointe

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

Soins de la peau et prévention des plaies  
Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins  
Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### **AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire**

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la Loi

**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<sup>e</sup> étage  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

*de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD).*

**Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la cage d'ascenseur du hall principal soit sûre et sécurisée pendant les travaux d'entretien.

À une date donnée, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé les ascenseurs du hall principal en deux occasions. Lors de ces démarches d'observation, elle ou il a vu que la porte de l'ascenseur de droite était ouverte, mais qu'il n'y avait ni barrière ni affiche pour empêcher une personne de monter dans l'ascenseur, ce qui était pourtant nécessaire selon ce qu'on indiquait les membres du personnel de l'entretien général. Elle ou il a aussi vu un entrepreneur à l'intérieur de la cage d'ascenseur, tandis que l'ascenseur se trouvait sous le niveau du sol. Au moment de ces démarches d'observation, il n'y avait qu'une personne résidente dans cette zone.

Un membre du personnel était présent lors de ces démarches d'observation. Il a indiqué que la porte était suffisamment ouverte pour qu'une personne puisse monter dans l'ascenseur et qu'il y avait donc un risque pour la sécurité des personnes résidentes. Lorsque le foyer a été informé de l'incident, il a pris des mesures immédiatement.

**Sources** : Politique relative aux marches à suivre de sécurité et d'entretien des ascenseurs; courriel envoyé à l'entreprise s'occupant des ascenseurs; registre d'inscription des entrepreneurs; entretiens avec des membres du personnel, dont des membres du personnel de l'entretien général; démarches d'observation menées dans la zone des ascenseurs.

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

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

**Non-respect du : paragraphe 25(1) de la LRSLD**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 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.

**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<sup>e</sup> étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on respecte la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence lorsqu'une personne résidente, à une date donnée, a fait part à un membre du personnel d'un incident présumé de mauvais traitements. Le membre du personnel a omis de se conformer à la politique de tolérance zéro du foyer à l'égard des mauvais traitements et de la négligence. En effet, il n'a pas consigné l'incident et ne l'a pas non plus signalé directement à l'infirmière autorisée ou à l'infirmier autorisé; ainsi, l'on n'a pas informé la ou le gestionnaire de garde à propos de l'incident et l'on n'a pas appelé la ligne à utiliser en dehors des heures de bureau pour le signaler.

**Sources :** Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence; politique à propos des exigences quant aux rapports obligatoires et à la déclaration des incidents critiques; programme de soins de la personne résidente; portail des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée; notes d'enquête; entretiens avec la directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes et des membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on fasse part immédiatement à la directrice ou au directeur d'un incident présumé de mauvais traitements à l'endroit d'une personne résidente.

À une date donnée, on a informé la directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes d'un incident présumé de mauvais traitements concernant deux personnes résidentes. Cependant, dans la foulée de l'incident, on a omis de présenter un rapport d'incident critique à la directrice ou au directeur.

**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<sup>e</sup> étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

**Sources** : Portail des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée; politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence; politique à propos des exigences quant aux rapports obligatoires et à la déclaration des incidents critiques; programme de soins d'une personne résidente; entretien avec la directrice ou le directeur des soins aux personnes résidentes.

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 138(1)a)(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
  - (ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on entrepose les médicaments dans un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

À une date donnée, on a vu un chariot à médicaments qui n'était pas verrouillé dans une aire commune à laquelle les personnes résidentes avaient accès. À ce moment, des personnes résidentes se trouvaient sur les lieux. De même, on a vu un membre du personnel autorisé laisser le chariot à médicaments sans surveillance, hors de sa vue.

**Sources** : Outil de vérification de l'administration des médicaments de CareRx; politique du système de gestion des médicaments; démarches d'observation; entretien avec un membre du personnel autorisé.