

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public original

**Date de publication du rapport :** 27 juillet 2023

**Numéro d'inspection :** 2023-1371-0001

**Type d'inspection :**

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

**Titulaire de permis :** Revera Long Term Care Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Montfort, Ottawa

**Inspectrice principale**

Linda Harkins (126)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Linda Harkins

signé numériquement par Linda Harkins  
Date : 2023.07.28 10:32:29 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Lisa Kluge (000725)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 11, 19, 20, 21, 24, 25 et 26 juillet 2023.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur du foyer aux dates suivantes : 19 et 25 juillet 2023.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre : n° 00001964, registre : n° 00005504, et registre : n° 00022379 concernant des chutes de personnes résidentes.
- Registre : n° 00002791 plainte concernant plusieurs préoccupations relatives à des soins.
- Registre : n° 00004992 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente.
- Registre : n° 00018256 concernant un cas de mauvais traitements d'une personne résidente envers une personne résidente.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Avis : police

**Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de police concerné fût immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle.

#### Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique pour un cas de mauvais traitements d'une personne résidente envers une personne résidente. Ce rapport indiquait qu'aucune autre autorité comme le service de police n'avait été informée.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué à l'inspectrice 126 que le service de police n'avait pas été immédiatement informé de cet incident.

Ainsi, aucun corps de police concerné n'avait été immédiatement informé de ce cas de mauvais traitements d'une personne résidente envers une personne résidente.

**Sources :** Examen du dossier de la personne résidente, entretien avec une ou un IAA. [126]

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de police concerné fût immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements d'une personne résidente envers une autre personne résidente s'il soupçonnait que l'incident constituait une infraction criminelle.

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

**Justification/résumé**

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique pour un incident allégué de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente. Ce rapport indiquait que d'autres autorités avaient été informées qu'il s'agissait d'un cas S.O., ce qui signifie sans objet.

La directrice générale (DG) a indiqué à l'inspectrice 000725 qu'en se fondant sur son réexamen de cette enquête, le service de police n'avait pas été informé de cet incident.

Ainsi, aucun corps de police concerné n'avait été immédiatement informé de ce cas allégué de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente.

**Sources :** Examen du dossier de la personne résidente, entretien avec la DG. [000725]