

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

Date de publication du rapport : 6 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1502-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Providence Care Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Providence Manor, Kingston

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 23 au 25 et du 28 au 31 juillet, le 1^{er}, et du 5 au 6 août 2025.

L'inspection concernait :

- Le registre n° 00143695 – IC n° 3005-000045-25; le registre n° 00150531 – IC n° 3005-000079-25; le registre n° 00150589 – IC n° 3005-000080-25; le registre n° 00152576 – IC n° 3005-000090-25 – cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique envers une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- Le registre n° 00145013 – IC n° 3005-000049-25; le registre n° 00145132 – IC n° 3005-000051-25; le registre n° 00145940 – IC n° 3005-000054-25; le registre n° 00151416 – IC n° 3005-000083-25; le registre n° 00152260 – IC n° 3005-000087-25 – chutes de personnes résidentes avec blessure.
- Le registre n° 00149232 – IC n° 3005-000070-25 – personne résidente portée disparue pendant moins de trois heures.
- Le registre n° 00150390 – IC n° 3005-000076-25 – cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique envers une personne résidente.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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

- Le registre n° 00150439 – plainte concernant des chutes et des soins à des personnes résidentes.
- Le registre n° 00152328 – IC n° 3005-000089-25 – cas allégué de mauvais traitements d'ordre verbal envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Foyer sûr et sécuritaire
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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 soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente concernant sa mobilité à l'extérieur de l'unité fussent fournis à la personne résidente comme le précisait le programme.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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

Un jour de juin 2025, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'est pas intervenue lorsqu'elle a remarqué que la personne résidente quittait l'unité alors qu'elle était laissée sans surveillance.

Sources : Examen du programme de soins provisoire d'une personne résidente, et entretien avec une PSSP et une directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers (DASI).

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1). Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique d'évaluation des traumatismes crâniens pour deux personnes résidentes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller au respect de sa politique écrite en matière de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, la politique d'évaluation des traumatismes crâniens du titulaire de

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**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

permis indiquait que le personnel infirmier effectue une évaluation neurologique et la documente dans la fiche de la personne résidente intitulée traumatisme crânien – changement soudain (« *Head Injury-Sudden Change Record* ») à raison de toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures, puis toutes les heures pendant les 8 heures suivantes, et ensuite toutes les deux heures pendant les 24 heures suivantes. On a entrepris une surveillance de traumatisme crânien pour une personne résidente un jour d'avril 2025, et un jour de juillet 2025 pour des chutes qu'elle avait subies. Cette politique n'a pas été respectée quand on a omis à deux reprises de documenter l'évaluation neurologique pour la chute d'avril 2025, et six fois pour celle de juillet 2025.

On a entrepris une surveillance du traumatisme crânien de la deuxième personne résidente à deux dates différentes de juin 2025, et lors d'un jour de juillet 2025 pour des chutes qu'elle avait subies. Cette politique n'a pas été respectée quand on a omis à six reprises de documenter l'évaluation neurologique en juin 2025, et à trois reprises en juillet 2025.

Sources : Notes d'évolution et évaluations postérieures aux chutes de deux personnes résidentes sur Lumeo, fiches de traumatisme crânien de deux personnes résidentes, politique du titulaire de permis intitulée politique n° PM-NURSE-1 – évaluation de traumatisme crânien (*Head Injury Assessment policy #PM-NURSE-1*), révisée le 8 mars 2025, et un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une directrice ou un directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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

la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque deux personnes résidentes ont fait une chute, à ce que l'on effectuât une évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Une personne résidente a subi des chutes lors de deux dates en juin 2025, et deux dates en juillet 2025. Aucune évaluation postérieure à une chute n'a été effectuée durant ces dates.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, examen de l'évaluation postérieure à une chute sur Lumeo, et entretiens avec une ou un IAA, et une ou un DSI.

Une personne résidente a subi une chute un jour d'avril 2025. Aucune évaluation postérieure à la chute n'a été effectuée pour la personne résidente à cette date.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, examen de l'évaluation postérieure à une chute sur Lumeo, et entretien avec une ou un IAA, et une ou un DSI.