

**Rapport d'inspection prévu par la  
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

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 4 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1508-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Soins continus Bruyère inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Résidence Saint-Louis, Ottawa	
<b>Inspectrice principale</b> Lisa Kluke (000725)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autres inspectrices / inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2-3 et 7-10 mai 2024.  
L'inspection concernait :

- . les registres : n° 00110319, n° 00111506 ayant trait à un changement important dans l'état de santé après des chutes,
- . les registres n° 00111676 et n° 0112801 ayant trait à la prévention des chutes.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

**Non-respect de la disposition 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves

**Rapport d'inspection prévu par la  
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

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le directeur fût immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans la circonstance, d'un décès inattendu d'une personne résidente dans le foyer.

Justification et résumé :

Lors d'un entretien, la ou le chef des services cliniques a indiqué avoir pris conscience du décès inattendu d'une personne résidente à une certaine date en examinant les rapports de l'unité du matin. Cette personne résidente était décédée après cet incident. La ou le chef des services cliniques a soumis au directeur un rapport du Système de rapport d'incidents critiques, car il n'avait pas été rempli le jour de l'incident.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué lors d'un entretien que l'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) qui était responsable au moment de l'incident n'a pas appelé la personne à contacter en cas d'urgence après les heures normales pour faire rapport de ce décès inattendu au directeur.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas immédiatement informé le directeur du décès inattendu et soudain d'une personne résidente, postérieur à une chute.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, entretiens avec la ou le responsable des services cliniques ou avec l'administratrice et l'administrateur.  
[000725]