

Rapport public

Date d'émission du rapport : 3 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1551-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Corporation of the City of Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 29 août 2025 et les 2 et 3 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00150639/incident critique (IC) n° M529-000044-25 – lié au décès inattendu d'une personne résidente.
- Le dossier : n° 00152032/IC n° M529-000035-25 – lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00153144/IC n° M529-000039-25 – lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00154245/IC n° M529-000047-25 – lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : n° 00154757/IC n° M529-000049-25 – lié à des soins inappropriés ou inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Le dossier : n° 00155357/IC n° M529-000052-25 – lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

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

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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Gestion des médicaments
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 de la personne résidente soient fournis comme le précise le programme. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel s'assure que la sonnette d'appel d'une personne résidente était à portée de main et qu'une mesure d'intervention de prévention des chutes avait été prise à une date précise.

Sources : notes d'enquête du foyer, programme de soins provisoire de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Documentation

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Non-respect de : l'alinéa 6 (9) 1) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation des soins liés prodigués à une personne résidente soit effectuée. Plus précisément, il manquait à plusieurs reprises, à des dates précises, la documentation relative à un appareil fonctionnel précis pour la personne résidente dans le point de service. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers a confirmé que les renseignements sur l'appareil fonctionnel doivent être documentés dans le point de service.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 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, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.
2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
 - i. le nom de tous les résidents impliqués dans l'incident,

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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,

ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,

iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,

iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes,

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :

i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,

ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

5. Les nom et titre de la personne qui a initialement fait rapport au directeur en application du paragraphe (1) ou (3), la date du rapport et une mention indiquant si un inspecteur a été contacté et, le cas échéant, la date de la prise de contact et le nom de l'inspecteur. Paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport écrit soit soumis au directeur ou à la directrice dans les 10 jours suivant le signalement au directeur ou à la directrice d'un incident en application du paragraphe (1) du Règlement de l'Ontario 246/22.

Plus précisément, un membre du personnel autorisé a déposé un rapport après les heures de travail normales à l'attention du directeur ou de la directrice concernant

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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

le décès inattendu d'une personne résidente à une date précise. Un rapport écrit relatif au décès de la personne résidente n'a été soumis au directeur ou à la directrice qu'un mois après la date spécifiée.

Sources : rapport après les heures normales de travail IL-014743, incident critique M529-000044-25.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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 n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un chariot à médicaments sûr et verrouillé. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé s'assure que son chariot à médicaments reste verrouillé lorsqu'il n'est pas directement utilisé ou supervisé.

Sources : observation d'un chariot à médicaments non verrouillé lors de l'inspection.