

**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

**Date d'émission du rapport : 9 mai 2024**

**Numéro d'inspection : 2024-1584-0001**

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** The Corporations of the United Counties of Leeds and Grenville, the City of Brockville, the Town of Gananoque and the Town of Prescott

**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Lawrence Lodge, Brockville

**Inspectrice principale**  
Gabriella Kuilder (000726)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Gabriella Kuilder  
Digitally signed by Gabriella Kuilder  
Date: 2024.05.17 14:08:42 -0400

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Cheryl Leach (719340)  
Polly Gray-Pattemore (740790)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24 et 25 avril 2024.

Cette inspection relative à une plainte concernait :

- le registre n° 00100222 ayant trait à la gestion de comportements réactifs d'une personne résidente;
- le registre n° 00112971 – ayant trait à la gestion des soins personnels, aux comportements réactifs et à l'équipement de sécurité d'une personne résidente;
- le registre n° 00110452 – ayant trait à l'administration des médicaments pour une personne résidente.

**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

Les inspections dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernaient :

- le registre n° 00107443/IC n° M576-000007-24 ayant trait à un incident qui a occasionné un changement important dans l'état de santé d'une personne résidente.
- le registre n° 00108012/IC n° M576-000010-24 ayant trait à une allégation de mauvais traitements.
- le registre n° 00111871/IC n° M576-000014-24 ayant trait à une allégation de mauvais traitements.
- le registre n° 00111920/CI n° M576-000015-24 ayant trait à la gestion d'une éclosion de maladie infectieuse.

L'inspection de suivi concernait :

- le registre n° 00109698 ayant trait à une inspection de suivi concernant un ordre de conformité délivré en application de l'alinéa 102 (2) b) de la LRSLD (2021).

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 003 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1584-0005 effectuée par Gabriella Kuilder (000726) concernant l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
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 : Programme de soins – consentement**

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

#### **Non-respect du paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis a omis d'obtenir un consentement pour une ordonnance médicale.

Justification et résumé

Un certain jour, un médecin a ordonné des médicaments pour une personne résidente. Une note d'évolution rédigée un certain jour par une infirmière ou un infirmier autorisé indiquait que l'ordonnance médicale avait été envoyée à la pharmacie et que l'on avait laissé un message à l'intention de la mandataire ou du mandataire spécial (MS) de la personne résidente.

Un examen du registre d'administration des médicaments (RAMe) pour la personne résidente pendant un mois particulier indiquait que l'on avait entrepris l'administration du nouveau médicament à une certaine date. Des notes d'évolution rédigées par un membre du personnel à une certaine date indiquaient que la ou le MS serait en vacances pendant une certaine période, et avait fourni les coordonnées d'une autre personne.

Au cours d'un entretien, le membre du personnel concerné a déclaré qu'un consentement était requis pour les ordonnances médicales, et que l'infirmière ou l'infirmier autorisé n'avait pas obtenu le consentement en question pour l'ordonnance médicale émise à une certaine date à l'intention de la personne résidente.

**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

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré qu'un consentement est requis pour toutes les ordonnances médicales.

Ne pas obtenir de consentement pour des ordonnances médicales présente un risque pour la sécurité et le bien-être des personnes résidentes.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, et entretiens avec plusieurs membres du personnel.

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

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

**Non-respect du paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers des personnes résidentes.

Justification et résumé

Un examen d'un rapport du Système de rapport d'incidents critiques indiquait que l'on n'avait pas immédiatement fait rapport au ministère des Soins de longue durée (MSLD) d'une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui avaient eu lieu à une date et à un moment précis.

**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

Lors d'un entretien, une certaine personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé qu'à la date et au moment précis, elle avait observé un incident allégué de mauvais traitements de la personne résidente de la part d'un autre membre du personnel, et qu'elle n'avait pas immédiatement informé sa superviseuse ou son superviseur de l'incident allégué.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la PSSP n'avait pas immédiatement fait rapport du cas allégué de mauvais traitements à sa superviseuse ou à son superviseur. La ou le DSI a indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel fasse immédiatement rapport d'une allégation de mauvais traitements à ses superviseurs. La ou le DSI a indiqué que la PSSP l'avait informé de l'incident allégué de mauvais traitements plus tard le jour en question où l'incident avait eu lieu.

Un examen de la politique et de la marche à suivre du foyer concernant l'obligation de faire rapport d'un incident critique (*Critical Incident Reporting Policy & Procedure*) indiquait que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que s'est produit un cas de mauvais traitements d'une personne résidente par qui que ce soit, ou de négligence d'une personne résidente de la part du titulaire de permis ou de la part du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à une personne résidente, doit faire immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un examen de la politique et de la marche à suivre du foyer concernant les mauvais traitements et la négligence envers des personnes résidentes (*Abuse and Neglect of Residents Policy & Procedure*) indiquait que tous les membres du personnel sont tenus, selon la loi, de faire immédiatement rapport de tout incident ou de tout incident allégué de mauvais traitements ou de négligence envers des personnes résidentes, et que tout membre du personnel qui observe ou soupçonne des mauvais traitements ou de la négligence envers une personne résidente de la part d'une autre personne résidente doit immédiatement faire verbalement rapport de l'incident à un membre du personnel autorisé, à une ou à un responsable ou bien à la ou au responsable de garde si l'incident se produit en dehors des heures normales de bureau.

**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

Ne pas avoir fait immédiatement rapport au directeur de mauvais traitements observés ou soupçonnés exposait les personnes résidentes au risque de subir d'autres mauvais traitements à l'avenir.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques, dossier d'une personne résidente; politique et marche à suivre concernant l'obligation de faire rapport d'un incident critique (*Critical Incident Reporting Policy & Procedure*); politique et marche à suivre concernant les mauvais traitements et la négligence envers des personnes résidentes (*Abuse and Neglect of Residents Policy & Procedure*), et entretiens avec plusieurs membres du personnel.