

Rapport public

Date de publication du rapport : 30 juillet 2025.

Numéro d'inspection : 2025-1192-0006

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership by its general partner, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : Almonte Country Haven, Almonte

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 24, et du 28 au 29 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- Le registre n° 00148768 - 2692-000022-25 - chute d'une personne résidente occasionnant une blessure avec un changement dans l'état de santé.
- Le registre n° 00151600 - 2692-000025-25 - chute d'une personne résidente occasionnant une blessure avec un changement dans l'état de santé.
- Le registre n° 00153426 - plainte relative à l'accessibilité des portes des unités aux fauteuils roulants et préoccupation concernant le conseil des résidents.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
- Conseils des résidents et des familles
- Foyer sûr et sécuritaire
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 fussent mis en oeuvre comme le précisait le programme. Plus précisément, le voyant lumineux d'une personne résidente n'était pas à portée de la main lorsqu'elle était dans sa chambre, comme on l'a remarqué pendant l'inspection. Le programme de soins provisoire de la personne résidente précise que le voyant lumineux de cette dernière doit être à portée de la main à titre de mesure de prévention des chutes.

Sources :

Observation d'une personne résidente dans sa chambre. Programme de soins

provisoire d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins initial

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

Non-respect de l'alinéa 28 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 Programme de soins initial Paragraphe 28 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit : b) le programme de soins initial est élaboré dans les 21 jours de l'admission.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fût élaboré dans les 21 jours de l'admission. La personne résidente déterminée avait été admise au foyer depuis plus de 21 jours au moment de l'inspection. Lors de l'examen du programme de soins provisoire de la personne résidente, tel qu'il se trouve sur le dossier médical électronique de la personne résidente, on a constaté que sept sections du programme de soins provisoire de la personne résidente n'étaient pas remplies. Un programme de soins d'une personne résidente doit être fondé sur une évaluation interdisciplinaire qui comprend tous les éléments énoncés au paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22. le cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné de nouveau le programme de soins provisoire de la personne résidente, et il a constaté que les sections susmentionnées avaient été remplies depuis après détection du problème avec l'équipe de gestion du foyer.

Sources :

Dossier médical électronique et programme de soins provisoire d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 003 - 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 oeuvre 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 veillé à ce que le personnel respectât le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le programme de prévention et de gestion des chutes doit comporter la surveillance des personnes résidentes et ce programme doit être respecté.

Une personne résidente a subi à une certaine date une chute avec traumatisme crânien documenté. La personne résidente a été placée sous surveillance pendant 72 heures dans le cadre d'un examen de routine pour traumatisme crânien, comme l'exige le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. D'après le formulaire des signes vitaux neurologiques après traumatisme crânien de la personne résidente, celle-ci était censée faire l'objet d'une évaluation à des intervalles déterminés, mais on a constaté que deux des intervalles d'évaluation figurant sur le formulaire ne comportaient pas d'évaluation documentée. En outre, la personne résidente était censée faire l'objet d'une évaluation finale de ses signes vitaux neurologiques, et la documentation indique que la personne résidente était endormie et que l'on n'avait pas effectué d'évaluation. Selon la politique OTP-FP-7.4

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

intitulée chutes de personne résidente et évaluation postérieure à une chute (*Resident Falls and Post Fall Assessment*), l'examen de routine pour traumatisme crânien se poursuit aux intervalles requis pendant 72 heures après la chute, et s'il faut effectuer une évaluation au moment où la personne résidente dort au moment de l'évaluation, on doit la réveiller.

Durant son entretien, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a déclaré que chaque évaluation requise doit être documentée dans l'examen de routine pour traumatisme crânien. Durant son entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que chaque évaluation doit être documentée et effectuée sur le formulaire des signes vitaux neurologiques après traumatisme crânien, et qu'il faut réveiller les personnes résidentes pour effectuer l'évaluation si elles dorment.

Sources :

Dossier médical d'une personne résidente; politique OTP-FP-7.4 intitulée chutes de personne résidente et évaluation postérieure à une chute (*Resident Falls and Post Fall Assessment*); entretiens avec une ou un IA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du sous-alinéa 55 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22 Soins de la peau et des plaies Par. 55 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit : a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1) : (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée

à son retour de l'hôpital. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se fit évaluer la peau à deux reprises après son retour de l'hôpital.

Sources :

Examen du dossier médical électronique d'une personne résidente avec une ou un IA et la ou le DSI; Entretiens avec une ou un IA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 Gestion de la douleur Paragraphe 57(2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. Plus précisément, à une date déterminée, deux infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont documenté pendant la journée que la gestion de la douleur nécessaire au besoin (PRN) s'avérait inefficace pour une personne résidente. Après un examen plus approfondi du dossier des évaluations de la douleur de la personne résidente, les deux IAA n'ont pas consigné d'évaluation complète de la douleur après avoir déterminé que les doses initiales d'analgésique qu'ils ou elles avaient administré étaient inefficaces et que la personne résidente continuait de souffrir. Une ou un des IAA déterminés a confirmé à l'inspecteur ne pas avoir effectué une évaluation de la douleur après ses mesures d'intervention initiale de gestion de la douleur à une

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

date déterminée. La politique du foyer OTP-PM-5.1 intitulée programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program*) spécifie que l'on doit effectuer une évaluation de la douleur lorsque la douleur subsiste quelles que soient les mesures d'intervention.

Une ou un IA et la ou le DSI ont tous deux pendant leur entretiens que l'on doit documenter une évaluation de la douleur dans le dossier de la personne résidente si les mesures d'intervention initiales pour gérer la douleur sont inefficaces. Ces deux personnes ont confirmé qu'aucune évaluation complète de la douleur de la personne résidente n'était documentée à la date donnée.

Sources :

Examen du dossier médical de la personne résidente avec une ou un IAA;
Entretiens avec une ou un IA et la ou le DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 006 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 34 (1) 5 de la LRSLD (2021).

Protection contre certains cas de contention Paragraphe 34 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

5. Maîtrisé, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

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

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Doter de dispositifs d'ouverture mécanique motorisés toutes les portes d'entrée et de sortie des unités Mississippi Lane, Kintail Lane, et Naismith Lane qui donnent sur d'autres aires du foyer auxquelles les personnes résidentes concernées peuvent accéder et qui sont en mesure de quitter l'unité de façon autonome, afin qu'elles empruntent les portes pour entrer et sortir des unités sans assistance. Plus précisément, il faut installer des dispositifs d'ouverture motorisés sur l'entrée principale et la porte de sortie de l'unité Mississippi Lane, et sur la porte qui donne accès au chemin direct vers l'unité Naismith Lane et aux ascenseurs, à la porte d'entrée de l'unité Kintail Lane, et à la porte d'entrée principale de l'unité Naismith Lane.

B) Un membre de l'équipe de gestion doit effectuer un examen des portes d'entrée et de sortie de toutes les aires du foyer que les personnes résidentes peuvent utiliser ou utiliseront après l'achèvement des travaux de construction au foyer, pour veiller à ce qu'elles soient accessibles pour toutes les personnes résidentes concernées afin qu'elles puissent les utiliser de façon autonome et sans assistance. Si l'on détermine qu'une porte d'entrée et de sortie d'une aire non indiquée au point A est une porte qui donne accès aux aires et aux terrains du foyer pertinentes pour les personnes résidentes, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'elle soit dotée d'un dispositif d'ouverture mécanique motorisé accessible aux personnes résidentes.

C) On doit consigner dans un dossier toutes les exigences énoncées aux points A et B, notamment la ou les citations des entrepreneurs titulaires de permis, les factures ou les bons de travail à titre de preuve de l'installation par une installatrice ou un installateur accrédité, spécifiant la date de l'installation, toute inspection ou certification requise le cas échéant, et l'examen que le foyer effectue de toutes les

portes d'entrée et de sortie de toutes les aires accessibles aux personnes résidentes, en indiquant notamment le ou les noms de la ou des personnes qui ont effectué l'examen, les portes examinées, et si toute porte qui n'est pas mentionnée au point A nécessitait l'installation d'un dispositif d'ouverture mécanique motorisé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente du foyer ne soit empêchée par des barrières de sortir d'une partie d'un foyer, notamment du terrain du foyer, ou de pénétrer dans des parties du foyer auxquelles les autres personnes résidentes ont généralement accès. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes d'entrée et de sortie des unités accessibles aux personnes résidentes soient accessibles, aux personnes résidentes pertinentes, pour entrer et sortir des unités de façon autonome.

Une personne résidente, qui se déplace de façon autonome en fauteuil roulant, a informé l'inspecteur qu'elle était incapable d'entrer et de sortir seule de son unité ou qu'elle éprouvait de grandes difficultés pour ce faire, car les portes d'entrée et de sortie ne sont pas dotées de dispositif d'ouverture mécanique motorisé. La personne résidente a déclaré qu'elle devait compter sur des membres du personnel ou de sa famille pour lui ouvrir la porte pour sortir ou bien essayer de tenir la porte ouverte avec beaucoup de difficulté s'il n'y a personne pour l'aider. La personne résidente a déclaré en outre qu'elle se sent souvent piégée dans l'unité en raison de l'obstacle que représente ces entrées et sorties de l'unité.

Une autre personne résidente, qui peut se rendre seule à l'extérieur en fauteuil roulant, a informé l'inspecteur qu'elle compte sur les membres du personnel pour lui ouvrir la porte principale d'une unité pour entrer et sortir, et qu'elle ne peut pas quitter l'unité sans avoir de l'aide.

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

Une autre personne résidente qui se déplace seule dans son fauteuil roulant, a déclaré qu'elle voit des personnes résidentes dans son unité qui comptent sur les membres du personnel pour qu'ils lui ouvrent la porte de l'unité, et qu'elles ne peuvent pas sortir seules.

L'inspecteur a observé les portes d'entrée et de sortie des personnes résidentes dans l'unité Mississippi Lane, Naismith Lane et Kintail Lane, et il a constaté que toutes les portes d'entrée et de sortie qui convenaient pour les personnes résidentes n'étaient pas dotées de dispositifs d'ouverture mécanique motorisés et ne seraient pas accessibles à des personnes résidentes autonomes qui avaient une quelconque limitation en matière de mobilité ou un handicap.

La directrice générale ou le directeur général (DG) a confirmé lors de son entretien que deux des personnes résidentes interrogées peuvent quitter l'unité toute seules et qu'on leur a fourni une carte-clé ou un code d'accès pour déverrouiller les portes de l'unité. La ou le DG a déclaré en outre qu'il y a des personnes résidentes qui vivent dans toutes les unités du foyer et qui sont libres de sortir seules des unités. La ou le DG a déclaré que les portes d'entrée et de sortie des unités Mississippi Lane, Kintail Lane, et Naismith Lane ne sont pas dotées de dispositif d'ouverture mécanique motorisé pour permettre aux personnes résidentes en fauteuil roulant de sortir seules. Lors d'un autre entretien, la ou le DG a déclaré que la deuxième porte d'entrée et de sortie de la Mississippi Lane qui donne sur un corridor actuellement en construction, englobera à terme des unités pour les personnes résidentes et leur permettra d'accéder aux unités Naismith Lane et Kintail Lane à partir de la Mississippi Lane et vice versa. L'inspecteur a observé cette porte et a constaté qu'elle n'était pas dotée d'un dispositif d'ouverture mécanique motorisé pour l'accès des personnes handicapées.

Sources :

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

Observations des portes d'entrée et de sortie des sections accessibles aux personnes résidentes dans les unités Mississippi Lane, Kintail Lane, et Naismith Lane ; Entretien avec trois personnes résidentes et la ou le DG.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 octobre 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

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

- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9e étage,
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.