

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1534-0008

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Ville d'Ottawa

Foyer de soins de longue durée et ville : Carleton Lodge, Nepean

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9 au 12, 15 au 19, ainsi que 22 et 23 décembre 2025.

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques :

- Signalement n° 00155438/incident critique (IC) n° M508-000035-25
- Signalement en lien avec une substance désignée manquante
- Signalement n° 00161809/IC n° M508-000051-25; et signalement n° 00163879/IC n° M508-000058-25 – Signalements en lien avec des chutes ayant entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne concernée

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur une plainte :

- Signalement : n° 00163192 – Signalement en lien avec des préoccupations concernant les soins personnels, la prévention des chutes, de même que la prévention et le contrôle des infections

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Dans la foulée d'un entretien tenu le 17 décembre 2025, au cours duquel il a reconnu qu'il y avait des préoccupations quant à la sécurité de certaines portes et discuté de ces préoccupations avec une inspectrice ou un inspecteur, un membre du personnel a communiqué avec le personnel d'entretien du foyer de soins de longue durée. Très peu de temps après, un membre du personnel d'entretien du foyer s'est rendu dans le secteur en question, où habitaient des personnes résidentes, et il a installé sur les portes un loquet adhésif, du type qui est à l'épreuve des enfants, afin d'empêcher les personnes résidentes d'accéder à l'aire en question; on a ensuite montré le tout à l'inspectrice ou à l'inspecteur.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 17 décembre 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu 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.

Dans le programme de soins d'une personne résidente, on précise qu'il faut donner à celle-ci des liquides modérément épaissis. Le 17 décembre 2025, lors du service de la collation de l'après-midi, on a vu une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) laisser un verre rempli d'eau non épaissie au chevet d'une personne résidente.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22,

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Selon la pratique et marche à suivre n° 345.04, à savoir les lignes directrices sur le comptage des médicaments pour les substances désignées et les stupéfiants (Practice and Procedure No. 345.04 – Medication Counting Guidelines for Narcotic Controlled Substances), il faut que deux membres du personnel infirmier autorisé fassent le décompte des stupéfiants et des substances désignées, soit un membre qui le fait avant de terminer son quart de travail, et l'autre, au moment d'entreprendre son quart. De même, la pratique et marche à suivre exige que deux membres du personnel soient présents lors de la destruction des médicaments non utilisés ou interrompus.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

A) Au cours d'un entretien, une gestionnaire personnelle ou un gestionnaire personnel responsable des soins aux personnes résidentes a fait savoir qu'on avait omis de respecter ces exigences à plusieurs reprises. En effet, le 12 août 2025, une ou un IAA a pris la relève d'une ou d'un autre IAA pour ce qui est de s'occuper du chariot à médicaments, et ce, sans effectuer le décompte des stupéfiants. De même, le 13 août 2025, une ou un IAA a pris la relève, à son tour, d'une ou d'un autre IAA pour ce qui est de ce chariot, là encore sans effectuer le décompte requis.

De plus, la ou le gestionnaire a indiqué que le 4 août 2025, une ou un IA n'est pas demeuré(e) sur place alors qu'une ou un autre IAA procédait à l'élimination d'une substance désignée, ce qu'exige pourtant la politique correspondante.

Sources : Entretien avec la gestionnaire personnelle ou le gestionnaire personnel responsable des soins aux personnes résidentes; pratique et marche à suivre n° 345.04, à savoir les lignes directrices sur le comptage des médicaments pour les substances désignées et les stupéfiants (Practice and Procedure No. 345.04 – Medication Counting Guidelines for Narcotic Controlled Substances); document à propos de l'échéancier de l'enquête sur des stupéfiants manquants (Missing Narcotics Investigation Timeline Document); dossiers d'enquête; démarches d'observation d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

B) Au cours d'un entretien, une gestionnaire personnelle ou un gestionnaire personnel responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué que le 28 juillet 2025, une ou un IA n'est pas demeuré(e) sur place alors qu'une ou un IAA procédait à la destruction de stupéfiants non utilisés qui avaient été prescrits à une personne résidente.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretien avec une gestionnaire personnelle ou un gestionnaire personnel responsable des soins aux personnes résidentes; notes sur l'évolution de la situation à propos d'une personne résidente; pratique et marche à suivre n° 345.04, à savoir les lignes directrices sur le comptage des médicaments pour les substances désignées et les stupéfiants (Practice and Procedure No. 345.04 – Medication Counting Guidelines for Narcotic Controlled Substances); notes d'enquête.