



Rapport public

Date d'émission du rapport : 18 novembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1002-0006**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership, par son partenaire général, Omni Quality Living (East) GP Ltd.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Kentwood Park, Picton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 24 et 27 au 30 octobre 2025, ainsi que 3 au 7, 10, 12 au 14 et 17 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalements : n° 00158320 – Incident critique (IC) n° 0893-000027-25 et n° 00158784 – IC n° 0893-000029-25 – Signalements en lien avec des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel
- Signalement : n° 00158673 – IC n° 0893-000028-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente
- Signalement : n° 00160252 – IC n° 0893-000033-25 – Signalement concernant un incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente et ayant entraîné des effets indésirables
- Signalement : n° 00160339 – IC n° 0893-000034-25 – Signalement en lien avec une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire
- Signalement : n° 00159872 – Signalement en lien avec une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente
- Signalements : n° 00162097, n° 00162102 et n° 00162277 – Signalements en lien avec des plaintes reçues concernant la mise en congé d'une personne résidente

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

**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

Gestion des médicaments
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Admission, absences et mises en congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 001 – 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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente pour la gestion de ses comportements réactifs lui soient fournis conformément au programme.

En effet, un jour donné de septembre 2025, une personne résidente a signalé que, la veille au soir, un membre du personnel avait feint l'ignorance envers elle et lui avait fait des commentaires défavorables. Un membre du personnel autorisé, qui a entendu l'incident, a déclaré que la personne résidente avait adopté des comportements réactifs d'ordre verbal envers le membre du personnel concerné par ces allégations. En outre, le programme de soins de la personne résidente prévoyait des stratégies et des mesures d'intervention pour la gestion des comportements réactifs, notamment pour les comportements réactifs d'ordre verbal. Toutefois, on a omis de mettre en œuvre ces mesures d'intervention et ces stratégies.

Sources : Programme de soins écrit de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente dans PointClickCare; notes d'enquête du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 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 a omis de veiller à ce que l'on consigne l'application d'un traitement prévu dans le programme de soins d'une personne résidente en particulier au foyer. En effet, au cours d'entretiens, on a confirmé qu'il n'y avait aucun endroit où l'on pouvait consigner l'application du traitement dans les dossiers médicaux de la personne résidente.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; évaluation de la peau TRC (à l'admission); programme de soins; dossier de l'administration des traitements rempli par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP); documents en lien avec le rapport d'enquête; entretiens avec des membres du personnel et des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect de : l'article 24 de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Article 24

(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

(2) Les obligations visées au paragraphe (1) ne s'appliquent pas si le résident est absent du foyer, sauf si le résident continue de recevoir des soins ou des services du titulaire de permis, du personnel ou des bénévoles du foyer.

**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

(3) Est coupable d'une infraction le titulaire de permis qui contrevient au paragraphe (1).

Le titulaire de permis a omis de protéger deux personnes résidentes contre la négligence.

On entend par « négligence » le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents ».

Un matin donné en octobre 2025, on a découvert que l'on avait omis d'administrer des médicaments à une personne résidente la veille au soir, notamment des analgésiques. Le lendemain, la personne résidente en question a ressenti de la douleur lorsqu'elle recevait des soins. Le membre du personnel autorisé n° 115, responsable de l'erreur quant aux médicaments, est retourné au travail le lendemain. Il a commencé l'administration des médicaments du matin; toutefois, on l'a renvoyé chez lui plus tard, en congé administratif. Le membre du personnel autorisé qui a repris la responsabilité de l'administration des médicaments a mentionné qu'il n'avait pas pu administrer les médicaments de cette personne résidente à deux reprises, ce qui devait être fait trois heures après que le membre du personnel n° 115 eut été renvoyé chez lui, puisque les médicaments en question n'étaient pas disponibles.

Un jour de mars 2025, on a prescrit un traitement à une deuxième personne résidente pour soigner une plaie infectée. En consultant un incident lié à un médicament consigné dans Pharmapod, on a constaté que trois doses du traitement avaient été oubliées, ce qui n'a été signalé que deux jours après la fin du traitement. De plus, deux jours après le signalement de l'incident, on a constaté que la plaie de la personne résidente se détériorait. En outre, cette dernière disait ressentir de la douleur et a subi des changements dans sa mobilité plus tard durant la semaine. On a prescrit une deuxième série de ce traitement à la personne résidente 18 jours après la prescription du traitement initial.

Lors d'entretiens avec des membres de la direction, on a confirmé que le membre du personnel autorisé n° 115 avait commis un grand nombre d'erreurs et d'omissions quant aux médicaments sur une période de trois mois; il a donc fallu lui donner une formation d'appoint approfondie. Toutefois, on a confirmé que les erreurs quant aux médicaments se sont poursuivies au cours des cinq mois qui ont suivi la formation

**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

d'appoint, sans qu'aucune mesure corrective ne soit prise, et ce, jusqu'en octobre 2025, soit le moment auquel le membre du personnel n° 115 a été envoyé en congé administratif.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant des personnes résidentes; dossier d'enquête; évaluation selon l'échelle du Pain Assessment in Advanced Dementia (ou « PAINAD ») réalisée auprès de la personne résidente en octobre 2025; dossier d'administration des médicaments pour le mois d'octobre 2025; rapport de sécurité Pharmapod comprenant les incidents liés à un médicament; rapports de vérification des ordonnances de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu 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

Paragraphe 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 a omis de veiller à ce que l'on respecte sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, et ce, auprès d'une personne résidente donnée.

En effet, selon ce qui a été rapporté, un jour de septembre 2025, une personne résidente aurait subi de mauvais traitements d'ordre verbal de la part d'un membre du personnel. Le membre du personnel a continué à travailler ce jour-là. De plus, ce n'est que le lendemain que l'on a informé la directrice générale ou le directeur général de cet incident. Celle-ci ou celui-ci a confirmé que, dans le cadre de sa politique, s'il y a des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel, ce dernier doit être envoyé immédiatement en congé administratif en attendant l'enquête.

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

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente dans PointClickCare; notes d'enquête du titulaire de permis; politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (n° OP-AM-6.9; révisée pour la dernière fois le 7 mai 2025) [Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents]; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) – Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe immédiatement la directrice ou le directeur qu'une personne avait des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente avait subi de mauvais traitements de la part de qui que ce soit, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à cette personne résidente.

Selon ce qui a été rapporté, un jour donné en septembre 2025, une PSSP aurait infligé de mauvais traitements d'ordre verbal à une personne résidente. Toutefois, cet incident n'a été signalé à la directrice ou au directeur que le lendemain.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente dans PointClickCare; notes d'enquête du titulaire de permis; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

**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° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 53 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

3. Un programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence visant à promouvoir la continence et à faire en sorte que les résidents soient propres et au sec et se sentent en confort.

Le titulaire de permis a omis de respecter sa politique concernant l'évaluation de la continence intestinale et vésicale et la planification des soins liés à l'incontinence (Bowel and Bladder Continence Assessment and Care Planning) auprès d'une personne résidente du foyer. Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller au respect de sa politique écrite sur les soins liés à l'incontinence.

Plus précisément, selon la politique concernant l'évaluation de la continence intestinale et vésicale et la planification des soins liés à l'incontinence, les membres du personnel autorisé doivent veiller à ce que les tendances concernant l'élimination de l'urine et des selles soient consignées dans le dossier papier sur l'élimination ou dans le dossier électronique du point de service, et ce, pendant au moins 72 heures avant la réalisation d'une évaluation de l'incontinence.

La personne résidente a été admise au foyer un jour donné en août 2025. Lors de son admission, on a confirmé que l'on devait consigner l'élimination dans un dossier papier. Toutefois, des membres de la direction ont confirmé que l'on avait omis de consigner les renseignements concernant l'élimination de la personne résidente dans un dossier papier.

Sources : Politique concernant l'évaluation de la continence intestinale et vésicale et la planification des soins liés à l'incontinence (n° OTP-ECC-1.5; mars 2025) [Bowel and Bladder Continence Assessment and Care Planning]; absence de dossier papier sur l'élimination; entretien avec des membres de la direction.



AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente donnée, qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, fasse l'objet d'une évaluation de la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Plus précisément, à deux reprises, on a constaté que la personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, dont une zone en particulier qui nécessitait un traitement. Toutefois, aucune évaluation de la peau ne figurait dans les dossiers de la personne résidente.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; réunion multidisciplinaire sur les soins; évaluation de la peau et des plaies, entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

**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

l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis a omis de respecter sa politique en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs (Supporting a Resident with Responsive Behaviours), et ce, auprès d'une personne résidente donnée du foyer.

En effet, dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller au respect de ses stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Plus précisément, selon la politique en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs (mars 2025), on doit effectuer une évaluation complète du comportement auprès de chaque personne résidente lors de son admission au foyer. Toutefois, on a confirmé que l'on avait omis d'effectuer cette évaluation auprès de la personne résidente concernée lors de son admission, un jour donné en août 2025. Les évaluations réalisées auprès de la personne résidente lors de son admission ont permis de confirmer qu'elle avait auparavant adopté des comportements réactifs.

Dans la version précédente (mars 2025) et la version courante (septembre 2025) de la politique en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs, il était indiqué que l'on devait utiliser le Guide de conversation de l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) [Behavioural Supports Team Conversation Guide] pour recueillir des renseignements lors d'une réunion ou d'une conversation avec les membres de l'équipe clinique et les partenaires, et ce, afin de prendre connaissance de leur expérience et de leurs connaissances sur les comportements réactifs/expressions personnelles (p. ex. facteurs contributifs possibles, stratégies/approches mises à l'essai et leurs résultats), de leurs préoccupations prioritaires, des risques connexes et des renseignements clés sur l'identité de la personne, et afin de commencer à élaborer un plan d'action collaboratif en vue de soutenir la personne résidente. Toutefois, lors d'entretiens avec des membres du personnel autorisé, on a confirmé que les membres du personnel ne connaissaient ni ce guide, ni les directives, ni la fréquence de réalisation. En outre, des membres de la direction ont confirmé que l'on avait omis de remplir ce formulaire pour

**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

cette personne résidente.

Selon la version courante (septembre 2025) de la politique en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs, lorsque l'on constate un nouveau comportement réactif ou l'aggravation d'un comportement existant chez une personne résidente, l'équipe clinique doit mettre en place des évaluations de suivi ou des outils d'observation, selon le cas. Toujours selon cette politique, le programme de soins infirmiers doit préciser les comportements déclencheurs de la personne résidente et refléter les mesures de soutien individualisées et les stratégies que l'équipe du Projet OSTC a mises en place. Toutefois, le programme de soins de la personne résidente ne précisait ni comportements déclencheurs ni stratégies pour les comportements réactifs connus. De plus, les membres du personnel et de la direction ont confirmé que l'on aurait dû avoir recours au système d'observation de la démence du Projet OSTC pour la personne résidente, et ce, dès l'apparition des comportements, mais que l'on avait omis de le faire.

Sources : Politique en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs (n° SM-1.6; mars 2025 et septembre 2025) [Supporting a Resident with Responsive Behaviours]; évaluation du comportement à l'admission de Santé à domicile Ontario; notes sur l'évolution de la situation; outil d'évaluation de la violence; réunion multidisciplinaire sur les soins; programme de soins; programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission; fichier d'enregistrement; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :
3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on signale à la directrice ou au

**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

directeur deux incidents liés à une différence d'inventaire pour des substances désignées, et ce, au plus tard un jour ouvrable après qu'ils s'eurent produits en juin 2025.

Sources : Incidents liés à un médicament dans Pharmapod; absence de rapport dans le Système de rapport d'incidents critiques; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Conditions de mise en congé par le titulaire de permis

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 157 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Conditions de mise en congé par le titulaire de permis

Paragraphe 157 (2) – Pour l'application du paragraphe (1), le titulaire de permis est informé :

b) dans le cas d'un résident qui est absent du foyer, par son médecin ou par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui le traite.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le médecin traitant d'une personne résidente donnée l'informe, au moment de son absence du foyer, que les besoins en matière de soins de cette dernière avaient changé et que, par conséquent, le foyer ne pouvait pas fournir un environnement suffisamment sécuritaire pour garantir la sécurité de la personne résidente ou des personnes qui interagissaient avec celle-ci avant sa mise en congé.

En effet, un jour de novembre 2025, la personne résidente a quitté le foyer de soins de longue durée. Le lendemain, le titulaire de permis a procédé à la mise en congé de cette personne du foyer, alors qu'elle était toujours absente du foyer. Ainsi, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le médecin traitant de la personne résidente l'informe avant de lui donner son congé.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente dans PointClickCare; lettre de mise en congé adressée à la personne résidente soumise par le titulaire de permis; autres notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; entretiens avec un tiers et des membres de la direction.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (2).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Offrir une formation en personne à tous les membres du personnel chargés de l'administration des médicaments sur les pratiques sécuritaires en matière d'administration des médicaments.
2. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant de veiller à ce que l'administration des médicaments soit effectuée en toute sécurité et conformément à la politique correspondante.
3. Consigner les renseignements sur les exigences énoncées aux points (1) et (2) dans un dossier. Les renseignements sur la formation doivent comprendre les noms et les titres des membres du personnel ayant participé à la formation, la date à laquelle cette dernière a eu lieu, le nom de la personne qui l'a animée, de même qu'une copie du matériel de formation et des documents utilisés.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on administre les médicaments des personnes résidentes n° 005, n° 006 et n° 007, conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

En effet, un matin donné en octobre 2025, on a découvert que l'on avait omis d'administrer des médicaments à la personne résidente n° 005 la veille au soir, notamment des analgésiques. Le lendemain de cet incident lié à un médicament, cette personne résidente a ressenti une légère douleur lorsqu'elle recevait des soins. Le

**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

membre du personnel autorisé n° 115, responsable de l'erreur quant aux médicaments, est retourné au travail le lendemain. Il a commencé l'administration des médicaments du matin; toutefois, on l'a renvoyé chez lui plus tard, en congé administratif. Le membre du personnel autorisé qui a repris la responsabilité de l'administration des médicaments a mentionné qu'il n'avait pas pu administrer les médicaments de cette personne résidente à deux reprises, ce qui devait être fait trois heures après que le membre du personnel n° 115 eut été renvoyé chez lui, puisque les médicaments en question n'étaient pas disponibles. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que les médicaments qui devaient être administrés à trois reprises avaient tous été administrés avant le départ du membre du personnel autorisé n° 115.

On a prescrit un traitement à la personne résidente n° 006 pour soigner une plaie infectée. Toutefois, en consultant un incident lié à un médicament consigné dans Pharmapod, on a constaté que trois doses du traitement avaient été oubliées, ce qui n'a été signalé que deux jours après la fin du traitement. Deux jours après le signalement de l'incident, on a constaté que la plaie de la personne résidente se détériorait. En outre, cette dernière disait ressentir de la douleur et a subi des changements dans sa mobilité plus tard durant la semaine. On a prescrit une deuxième série de ce traitement à la personne résidente 18 jours après la prescription du traitement initial.

On a prescrit un analgésique pro re nata à la personne résidente n° 007. Toutefois, un jour de juin 2025, on a administré le double de la dose maximale prescrite à cette personne résidente. L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas trouvé d'évaluations ou de notes sur l'évolution de la situation permettant d'établir si la personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation après l'erreur quant aux médicaments, et ce, afin d'en déterminer les effets indésirables.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant les personnes résidentes; dossier d'enquête pour l'IC; évaluation selon l'échelle du PAINAD réalisée auprès de la personne résidente n° 005; dossier d'administration des médicaments pour le mois d'octobre 2025; rapport de sécurité Pharmapod comprenant les incidents liés à un médicament; rapports de vérification des ordonnances de la personne résidente n° 006; évaluations menées auprès de la personne résidente n° 007 et signes vitaux de cette dernière; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un traitement prescrit en vue de soigner les signes d'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente

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

donnée, un jour de septembre 2025, soit administré à celle-ci conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Plus précisément, entre septembre 2025 et octobre 2025, des membres du personnel ont omis d'apposer leur signature afin de confirmer que le médicament avait été administré, et ce, à cinq reprises. En outre, dans quatre cas, on a constaté que selon les dossiers, le médicament aurait été administré à des endroits autres que ceux pour lesquels le traitement avait été prescrit.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; ordonnances écrites du prescripteur; dossier de l'administration des traitements rempli par une PSSP; ordonnances de médicaments dans PointClickCare; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Programme de soins

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre décrivant la façon dont les membres du personnel peuvent accéder au programme de soins écrit d'une personne résidente et le réviser. Cette marche à suivre devrait également permettre de veiller à

**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

ce que les renseignements indiqués dans le programme de soins soient exacts et correspondent à ceux du fichier d'enregistrement.

2. Offrir une formation en personne à tous les membres du personnel chargés de fournir des soins directs sur la marche à suivre visée au point (1).

3. Examiner et réviser, au besoin, les programmes de soins écrits des deux personnes résidentes concernées, afin de veiller à ce que ces programmes couvrent tous les aspects des soins, à ce qu'ils soient à jour et cohérents et à ce qu'ils fournissent des directives claires à l'égard des personnes qui fournissent des soins directs.

4. Consigner les renseignements sur les exigences énoncées aux points (1), (2) et (3) dans un dossier. Les renseignements sur la formation doivent comprendre les noms et les titres des membres du personnel ayant participé à la formation, la date à laquelle cette dernière a eu lieu, le nom de la personne qui l'a animée, de même qu'une copie du matériel de formation et des documents utilisés.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on adopte, pour une personne résidente donnée, un programme de soins écrit établissant des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à celle-ci.

Plus précisément, plusieurs parties du programme de soins écrit de la personne résidente comprenaient des directives contradictoires et incohérentes en ce qui concerne la toilette et les soins liés à l'incontinence. En outre, plusieurs membres du personnel ont confirmé que les directives pratiques différaient également des directives figurant dans le programme de soins écrit.

Des membres de la direction ont confirmé que le programme de soins écrit de cette personne résidente était embrouillé et qu'il ne prévoyait pas de directives claires à l'égard des membres du personnel. En outre, ils ont confirmé que les PSSP s'appuient sur le fichier d'enregistrement, et qu'actuellement, les PSSP ne savent pas comment accéder au fichier d'enregistrement situé au point de service.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; programme de soins actuel et fichier d'enregistrement de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

**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

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on adopte, pour une personne résidente donnée, un programme de soins écrit établissant des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à celle-ci.

En effet, en janvier 2025, on a mis en place des mesures d'intervention auprès de la personne résidente pour gérer ses comportements réactifs. En mai 2025, on a interrompu ces mesures d'intervention. Toutefois, selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci bénéficie actuellement des mesures d'intervention qui ont été interrompues. Les membres du personnel ont indiqué que la personne résidente n'avait plus recours à ces mesures d'intervention.

Un jour de septembre 2025, la personne résidente a eu une altercation verbale avec une autre personne résidente. Des membres du personnel ont indiqué que la première personne résidente adoptait des comportements réactifs d'ordre verbal en raison d'un élément déclencheur connu. Selon son programme de soins, celle-ci adoptait bel et bien des comportements réactifs en lien avec l'élément déclencheur en question. Toutefois, son programme ne précise pas le type de comportements réactifs qu'elle adopte.

Sources : Programme de soins actuel de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente dans PointClickCare; dossier du Projet OSTC; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

12 février 2026.

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité n° 002

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée pour la raison suivante : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

Historique de la conformité :

On a émis un ordre de conformité hautement prioritaire le 18 juin 2025 dans le cadre de l'inspection n° 2025-1002-0003.

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 – Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 108 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

**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

Article 108

(1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :

A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,

B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,

iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

(2) – Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;

b) la date de réception de la plainte;

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

d) le règlement définitif, le cas échéant;

e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

(3) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;

**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

b) les résultats de l'examen et de l'analyse sont pris en considération pour décider des améliorations devant être apportées au foyer;

c) chaque examen effectué et les améliorations apportées en conséquence sont consignés dans un dossier.

(4) Les paragraphes (2) et (3) ne s'appliquent pas à l'égard des plaintes verbales que le titulaire de permis peut régler dans les 24 heures de leur réception.

(5) Si un titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement une plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, il la transmet sous la forme et de la manière que le directeur estime acceptables :

a) soit pendant les heures normales de bureau du ministère, au directeur ou à son délégué;

b) soit en dehors des heures normales de bureau, en ayant recours à la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence du ministère.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Examiner et réviser, au besoin, la politique concernant les enquêtes et les réponses aux plaintes (Investigating and Responding to Complaints), afin de veiller à ce qu'elle fournit des directives claires à tous les membres du personnel en ce qui concerne la marche à suivre pour les plaintes.

2. Offrir une formation en personne à tous les membres du personnel sur la politique révisée au point (1).

3. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant de veiller à ce qui suit :

a) Lorsque le foyer reçoit une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer, celle-ci est immédiatement signalée à la directrice ou au directeur, conformément aux dispositions réglementaires applicables.

b) S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice a été causé à une ou plusieurs personnes résidentes, ou que l'on a exposé une ou plusieurs personnes résidentes à un risque de préjudice, une enquête est menée immédiatement.

c) Une réponse conforme à la disposition 3 de l'article 108 du Règl. de l'Ont. 246/22 est fournie à l'auteur de la plainte dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte.

d) Un dossier contenant les renseignements sur les exigences énoncées à la disposition 2 de l'article 108 du Règl. de l'Ont. 246/22 est conservé au foyer.

3. Consigner les renseignements sur les exigences énoncées aux points (1), (2) et (3) dans un dossier. Les renseignements sur la formation doivent comprendre les noms et

**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

les titres des membres du personnel ayant participé à la formation, la date à laquelle cette dernière a eu lieu, le nom de la personne qui l'a animée, de même qu'une copie du matériel de formation et des documents utilisés.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on traite comme il se devait une plainte écrite reçue par un membre du personnel autorisé, laquelle concernait les soins fournis à une personne résidente. Plus précisément, un jour d'octobre 2025, un membre du personnel autorisé a reçu une plainte verbale et écrite concernant le fait que l'on avait omis d'administrer les médicaments d'une personne résidente la veille.

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas été en mesure de trouver de renseignements concernant le règlement de la plainte. En outre, on a confirmé avec la directrice générale ou le directeur général qu'en raison de cette préoccupation, on aurait dû soumettre une réponse à l'auteur de la plainte, ce que l'on a omis de faire. De même, on a confirmé que l'on avait omis de transmettre la plainte écrite à la directrice ou au directeur et de consigner les renseignements à ce sujet dans un dossier, comme l'exigent les dispositions législatives applicables.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; dossier des plaintes; politique concernant les enquêtes et les réponses aux plaintes (nº OP-AM-6,1; mars 2025) [Investigating and Responding to Complaints]; dossier d'enquête; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on traite comme il se devait des plaintes verbales reçues par des membres du personnel, lesquelles concernaient les soins fournis à une personne résidente. Plus précisément, on leur a fait part verbalement, un jour donné en août 2025, deux jours donnés en septembre 2025 et un jour donné en octobre 2025, de préoccupations concernant des soins que l'on avait omis de fournir à la personne résidente, notamment en ce qui concerne les soins liés à l'incontinence, à l'habillement et à l'administration de médicaments.

Selon la politique concernant les enquêtes et les réponses aux plaintes (mars 2025), toute plainte adressée à un membre du personnel, qu'elle soit verbale ou écrite, doit être envoyée ou communiquée immédiatement à la directrice générale ou au directeur général ou à sa représentante ou son représentant. De plus, toutes les enquêtes

**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

doivent être menées par la directrice générale ou le directeur général ou sa représentante ou son représentant, ou par une représentante ou un représentant d'Omni. Toutefois, lors d'entretiens avec des membres du personnel autorisé, ceux-ci ont confirmé qu'ils devaient mener à bien les enquêtes sur les préoccupations et assurer le suivi auprès de l'auteur de la plainte.

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas été en mesure de trouver de renseignements concernant les enquêtes et le règlement des plaintes. En outre, on a confirmé avec la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général qu'en raison de cette préoccupation, on aurait dû soumettre une réponse à l'auteur de la plainte, ce que l'on a omis de faire. De même, la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général ont confirmé que l'on avait omis de faire part des plaintes verbales à la directrice ou au directeur et de consigner les renseignements à ce sujet dans un dossier, comme l'exigent les dispositions législatives applicables.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant les personnes résidentes; dossier des plaintes; politique concernant les enquêtes et les réponses aux plaintes (n° OP-AM-6 1; mars 2025) [Investigating and Responding to Complaints]; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
12 février 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 004 – Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) – Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se

**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

conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Examiner et réviser, au besoin, la marche à suivre pour les incidents liés à des médicaments, afin de veiller à ce que les membres du personnel disposent de directives claires sur la façon de rédiger un rapport d'incident lié à un médicament et d'informer le fournisseur de services pharmaceutiques de l'incident.
2. Offrir une formation en personne à tous les membres du personnel autorisé sur la marche à suivre pour le décompte des stupéfiants et des médicaments, ainsi que sur la politique révisée au point (1) concernant les incidents liés aux médicaments.
3. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre afin de veiller au respect des politiques relatives au décompte des stupéfiants et aux incidents liés à un médicament.
4. Consigner les renseignements sur les exigences énoncées aux points (1), (2) et (3) dans un dossier. Les renseignements sur la formation doivent comprendre les noms et les titres des membres du personnel ayant participé à la formation, la date à laquelle cette dernière a eu lieu, le nom de la personne qui l'a animée, de même qu'une copie du matériel de formation et des documents utilisés.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller au respect de ses politiques écrites concernant le décompte des stupéfiants et des substances désignées et le signalement des incidents liés à un médicament. En effet, dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce que l'on respecte ses politiques écrites en lien avec la gestion des médicaments.

Plus précisément, selon la politique sur le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Narcotic and Controlled Medication Counts), les membres du personnel autorisé doivent consigner l'administration de stupéfiants ou de substances désignées dans le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente ainsi que dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Controlled Medication Count Record). En outre, toujours selon cette politique, lors du changement de quart de travail, on doit effectuer un rapprochement entre les médicaments disponibles et les médicaments figurant dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées. Tout écart constaté doit être immédiatement signalé à la ou au DSI. Toutefois, un jour donné en octobre 2025, on a omis d'effectuer un rapprochement au moment où le membre du personnel autorisé n° 115 quittait son poste et un autre membre du personnel autorisé

**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

commençait son quart de travail. Plus tard au cours de son quart de travail, le deuxième membre du personnel autorisé a constaté un écart, que l'on a omis de signaler immédiatement. En consultant les incidents liés à un médicament consignés dans Pharmapod entre mai et juin 2025, on a constaté sept cas de non-respect des politiques d'administration de stupéfiants.

Selon la politique concernant le signalement des incidents liés à un médicament (Medication Incident Reporting), s'il existe un autre formulaire pour le signalement des incidents liés à un médicament, il faut remplir celui-ci avec les renseignements disponibles au moment de l'incident, puis l'envoyer à la pharmacie par télécopieur. En consultant les incidents liés à un médicament consignés dans Pharmapod, on a constaté que les membres du personnel ont omis de signaler trois incidents au fournisseur de services pharmaceutiques en avril 2025, de même que quatre incidents en mai 2025, un incident en juin 2025 et deux incidents en septembre 2025. On a confirmé que les écarts permettaient de voir que les incidents liés à un médicament consignés dans Pharmapod n'avaient pas été envoyés par télécopieur à la pharmacie et que, par conséquent, cette dernière n'était pas au courant des incidents.

Sources : Politique concernant la consignation du décompte des stupéfiants et des substances désignées (n° 7.5; juillet 2025) [Documentation of Narcotic and Controlled Medication Counts]; politique concernant le signalement des incidents liés à un médicament (n° 9.2; juillet 2025) [Medication Incident Reporting]; rapport de sécurité Pharmapod; dossier d'enquête pour l'IC; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

12 février 2026.

**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

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.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

**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) 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;
- 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.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e 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

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e 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.