

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 5 décembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1352-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** CVH (n° 4) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Manoir Marochel, Ottawa

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 21, 22, 23, 24, 27, 28 et 30 octobre 2025, de même que 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24 et 25 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00157952 [Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n° 2867-000034-25] – Signalement en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente.
- Signalement : n° 00159072 – Signalement en lien avec une plainte concernant les soins de la peau et des plaies.
- Signalements : n° 00160828 et n° 00161758 – Signalements en lien avec une plainte concernant les soins de la peau et des plaies.

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

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Participation du résident

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

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

Programme de soins

Paragraphe 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.

On a omis d'offrir, à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial de la personne résidente, la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de celle-ci, plus précisément en ce qui concerne les soins des plaies.

**Sources :** Dossiers médicaux; entretiens avec des infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA), l'infirmière ou l'infirmier responsable de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes (Resident Assessment Instrument – RAI), une directrice ou un directeur des soins infirmiers (DSI) et des mandataires spéciales ou mandataires spéciaux.

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

Problème de conformité n° 002 – 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.

Selon la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (policy to promote zero tolerance of abuse and neglect of residents), les membres du personnel accusés d'avoir infligé de mauvais traitements à une personne résidente ou d'avoir fait preuve de négligence envers celle-ci doivent être envoyés en congé administratif en attendant l'enquête et, s'il s'agit de membres du personnel autorisé, ces cas seront signalés à leur autorité réglementaire dès que possible et avant la fin de l'enquête.

Dans le cadre d'une enquête sur des allégations de négligence, on a mené des entrevues avec des membres du personnel autorisé. Lors de celles-ci, le titulaire de permis a conclu que leurs actions reflétaient une tendance à fait preuve d'une grave négligence lors de la prestation des soins à une personne résidente. Toutefois, aucun des membres du personnel concernés n'a été envoyé en congé administratif en attendant l'enquête ou n'a été dénoncé à son autorité réglementaire.

**Sources** : Rapport d'incident critique (IC); documents d'enquête interne; politique en matière de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements, de la négligence et des comportements illégaux envers les personnes résidentes (Zero tolerance of resident abuse, neglect and unlawful conduct policy); entretiens avec des administratrices ou administrateurs et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 27 (1) b) de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident.

À la suite d'une enquête sur des allégations de négligence, on a déterminé que les actions d'un certain nombre de membres du personnel reflétaient une tendance à faire preuve d'une grave négligence, laquelle a entraîné des conséquences néfastes sur la santé et la sécurité des personnes résidentes.

Les membres du personnel désignés n'avaient pas participé à la séance de formation initiale offerte sur les soins des plaies; ils ont seulement reçu une formation à une date ultérieure. En outre, ces membres du personnel ont continué à travailler lors de leurs quarts habituels après la conclusion de l'enquête, avant que le titulaire de permis ne prenne les mesures disciplinaires qui s'imposaient.

**Sources :** Horaires des membres du personnel; documents relatifs aux ressources humaines; rapport d'IC; documents concernant la formation du personnel; entretiens avec une ou un DSI et des administratrices ou administrateurs.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.
2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.
3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.
4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller au respect de tous les programmes requis, y compris le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program).

Selon le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program), les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent observer quotidiennement la personne résidente pour détecter la douleur. Elles doivent également consigner la douleur constatée chez cette personne dans ses dossiers

**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

médicaux et la signaler aux membres du personnel autorisé. Toujours selon le programme, il faut effectuer une évaluation de la douleur auprès de chaque personne résidente lors de sa réadmission après son retour de l'hôpital et en cas d'aggravation soudaine de sa douleur ou d'apparition de comportements susceptibles d'indiquer qu'elle ressent de la douleur.

Selon les documents du système de points de service et deux PSSP, la personne résidente a ressenti de la douleur pendant de nombreux quarts de travail au cours d'une période de cinq mois. De plus, deux IAA ont indiqué que la personne résidente ressentait de la douleur et qu'elle disposait d'une dose d'un médicament pro re nata pour gérer celle-ci. Le médecin a affirmé à deux reprises que l'on devait administrer ce médicament à la personne résidente avant d'accomplir une tâche précise liée aux soins auprès d'elle. Cependant, au cours d'une période de quatre mois, on a seulement administré la dose prévue cinq fois, alors que l'on effectuait pourtant cette tâche liée aux soins auprès de la personne résidente tous les trois jours. Plus tard, on a interrompu ce médicament, sans mettre en place une autre stratégie de gestion de la douleur.

**Sources** : Programme de gestion de la douleur (Pain Management Program); dossiers médicaux; entretiens avec des PSSP, des IAA, une infirmière ou un infirmier responsable du RAI et une ou un DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

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

### **Non-respect de : la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 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.

On a omis d'envoyer la lettre de réponse à une plainte dans les 10 jours ouvrables qui ont suivi la réception des allégations écrites faisant état de négligence.

**Sources** : Lettre de plainte; lettre de réponse; entretiens avec une administratrice ou un administrateur et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

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

#### **Non-respect du : sous-alinéa 108 (1) 3. iii. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 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 :

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

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.

La lettre de réponse à la plainte n'indiquait pas si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte à la directrice ou au directeur et ne confirmait pas s'il l'avait fait.

**Sources** : Lettre de réponse à la plainte; entretien avec une administratrice ou un administrateur.

### **AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi**

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

#### **Non-respect du : sous-alinéa 112 (1) 3. v. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) – Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les

**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 suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

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

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

Selon les résultats de l'enquête interne, un certain nombre de membres du personnel autorisé avaient fait preuve de négligence lorsqu'ils fournissaient des soins à une personne résidente. Toutefois, on a omis de mentionner cette constatation dans le rapport d'IC correspondant.

**Sources** : Rapport d'IC; avis de suspension; documents d'enquête interne; entretiens avec une administratrice ou un administrateur; une ou un DSI et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 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.

### **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] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Examiner le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) et déterminer s'il y a lieu de le réviser.

2) Offrir une formation à toutes les PSSP et à tous les membres du personnel autorisé sur le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) du titulaire de permis. La formation doit être adaptée à leur rôle et aborder, au minimum, ce qui suit :

**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 signes et symptômes verbaux et non verbaux de la douleur, les responsabilités en matière de surveillance et de signalement de la douleur, la consignation des signes et symptômes de la douleur, les méthodes de gestion pharmacologique et non pharmacologique de la douleur, l'évaluation de l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur, le moment où l'on doit informer le médecin et/ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) de la situation, la façon de procéder à une évaluation de la douleur et le moment où l'on doit réaliser une évaluation.

3) Examiner la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (policy to promote zero tolerance of abuse and neglect of residents), notamment la marche à suivre pour répondre à des allégations de mauvais traitements ou de négligence mettant en cause une personne résidente, et pour mener une enquête à ce sujet. Au cours de l'enquête sur des allégations de mauvais traitements ou de négligence, cerner et effectuer toutes les révisions nécessaires afin de veiller à la sécurité des personnes résidentes lorsque des allégations de mauvais traitements ou de négligence sont formulées et établir les mesures à prendre à la fin de l'enquête.

4) Offrir une formation sur la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (policy to promote zero tolerance of abuse and neglect of residents), et ce, à l'ensemble des gestionnaires et à tous les autres membres du personnel de la direction qui pourraient être appelés à intervenir face à des allégations de mauvais traitements ou de négligence mettant en cause une personne résidente.

5) Consigner dans un dossier toutes les mesures requises dans le présent ordre de conformité, des points (1) à (4), inclusivement, notamment les renseignements sur la formation, dont le contenu et la date de la formation, de même que les noms des personnes qui y ont participé.

**Motifs**

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 ».

**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

On a omis d'effectuer une évaluation hebdomadaire des plaies à six reprises. En outre, lors des évaluations des plaies effectuées à cinq dates, on a constaté que la ou les plaies s'étaient détériorées. De même, lors des évaluations des plaies effectuées à trois autres dates, on a constaté des signes et des symptômes supplémentaires d'une possible infection. En examinant des photographies prises lors de l'évaluation hebdomadaire des plaies avec la ou le DSI, on a constaté d'autres signes d'infection sur l'une des plaies pour quatre dates données; l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies n'avait pas consigné d'information à ce sujet.

Une infirmière ou un infirmier chargé(e) de la stomathérapie a évalué les plaies de la personne résidente. Toutefois, ses recommandations en matière de soins des plaies n'ont pas fait l'objet d'un ordre de soins et n'ont donc pas été consignées dans les dossiers électroniques à deux dates. L'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie a également indiqué dans une recommandation que l'on devait lui faire part d'une mise à jour deux semaines plus tard, laquelle devait être accompagnée d'une photographie de la plaie, aux fins d'un suivi, mais on a omis de le faire. Par conséquent, deux IAA ont indiqué qu'elles ou ils ne soignaient pas systématiquement toutes les plaies, car elles suivaient les directives énoncées dans les dossiers électroniques, lesquels ne prévoyaient des soins que pour une seule plaie pendant cette période.

Deux PSSP et deux IAA ont indiqué que la personne résidente ressentait de la douleur presque tous les jours. Le médecin a prescrit un médicament pro re nata, que l'on devait administrer à la personne résidente avant d'accomplir une tâche précise liée aux soins auprès d'elle. Cependant, au cours d'une période de six mois, on a seulement administré la dose prévue cinq fois, alors que l'on effectuait pourtant cette tâche liée aux soins auprès de la personne résidente tous les trois jours. Plus tard, on a interrompu ce médicament, sans mettre en place une autre stratégie de gestion de la douleur.

Selon les résultats de l'enquête interne sur les allégations de négligence envers la personne résidente, les actions de quatre membres du personnel autorisé reflétaient une tendance à faire preuve de négligence. Cependant, ce n'est qu'un mois après la conclusion de l'enquête que l'on a informé les membres du personnel de cette constatation. Ils ont donc pu continuer à travailler pendant cette période sans recevoir de formation supplémentaire ni faire l'objet d'une supervision plus étroite.

**Sources** : Dossiers médicaux; documents d'enquête interne; entretiens avec des

**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

PSSP, des IAA, l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies, une ou un IA, une ou un DSI, des administratrices ou administrateurs et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

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

30 janvier 2026.

**Cet ordre de conformité représente également un avis écrit et il est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) – Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. La fourniture de soins de la peau réguliers visant à maintenir l'intégrité épidermique et à prévenir les plaies.
2. Des stratégies visant à promouvoir le confort et la mobilité des résidents ainsi que la prévention des infections, notamment grâce à la surveillance des résidents.
3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.
4. Des traitements et des interventions, notamment la physiothérapie et les soins alimentaires. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 55 (1).

**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] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

- 1) Examiner le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program). Lors de l'examen, si l'on constate que des révisions doivent être apportées

**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

au programme, il convient de faire part de ces révisions à tous les membres du personnel responsable du programme au foyer.

2) Offrir une formation sur le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program) à tous les membres du personnel autorisé et à toutes les PSSP. La formation doit être adaptée à leurs responsabilités et aborder, au minimum, la prestation de soins réguliers de la peau et les marches à suivre concernant la surveillance de l'intégrité épidermique chez une personne résidente et la reconnaissance des changements à cet égard, la surveillance de la détérioration d'une plaie ou des signes d'infection et la reconnaissance de ces signes ou d'une telle détérioration, l'évaluation de la plaie à l'aide de l'outil d'évaluation hebdomadaire des plaies (weekly wound assessment tool) du titulaire du permis, de même que le traitement des plaies, notamment lorsque l'on constate de nouvelles plaies ou des changements chez une plaie existante.

3) Effectuer une vérification hebdomadaire des plaies de pression au foyer, afin de veiller au respect de toutes les exigences du programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program), notamment en ce qui concerne :

- a) les évaluations et les tâches requises lorsqu'on constate une nouvelle plaie;
- b) les évaluations des plaies, qui doivent être effectuées chaque semaine, et la reconnaissance appropriée des signes d'infection ou de détérioration d'une plaie.
- c) les aiguillages vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel, au besoin.
- d) la communication avec le médecin et/ou l'IP, au besoin.
- e) la communication avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial, au besoin.
- f) l'obtention des ordres en lien avec les soins des plaies et la saisie exacte de ces ordres dans les dossiers électroniques.
- g) la prestation des soins des plaies, conformément au programme de soins de la personne résidente.

Il fait effectuer cette vérification pendant au moins quatre semaines, et jusqu'à ce que l'on constate une conformité rigoureuse.

4) Prendre des mesures correctives immédiates lors de la vérification hebdomadaire si l'on constate que l'on a omis de respecter une exigence du programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program). Les mesures correctives doivent

**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

préciser ce qui suit : quels membres du personnel sont concernés, quelles mesures ont été prises et à quel moment, de même que les conséquences néfastes sur la personne résidente, le cas échéant.

5) Consigner dans un dossier toutes les mesures requises dans le présent ordre de conformité, des points (1) à (4), inclusivement, notamment les renseignements sur la formation, dont le contenu et la date de la formation, de même que les noms des personnes qui y ont participé, conformément au point (2).

**Motifs**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller au respect de tous les programmes requis, y compris le programme de soins de la peau et des plaies (skin and wound care program).

i. Selon la politique concernant les soins préventifs de la peau (Preventative Skincare policy), l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies ou un membre du personnel autorisé doit informer la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente de toute nouvelle plaie ou de toute aggravation d'une plaie constatée chez celle-ci. Toujours selon cette politique, tous les foyers doivent établir un comité responsable du traitement des plaies qui se réunit chaque mois.

Toutefois, les dossiers médicaux de la personne résidente ne contenaient pas de renseignements attestant que l'on avait bel et bien fait part de toute nouvelle plaie ou aggravation de ses plaies à sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, et ce, pendant quatre mois, alors que l'on avait pourtant constaté de nouvelles plaies. En outre, au cours de cette période, on a effectué trois évaluations des plaies, au cours desquelles on a consigné la détérioration d'une plaie, et deux autres évaluations des plaies, au cours desquelles on a consigné l'augmentation de la taille d'une plaie.

L'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies a déclaré qu'il n'y avait pas de comité responsable du traitement des plaies en place pendant cette période et qu'il n'y avait pas de réunions régulières avec la ou le DSI pour passer en revue les plaies au foyer.

ii. Selon la politique de gestion des plaies (Wound Management policy), on doit procéder à un aiguillage vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel

**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

lorsqu'on constate l'apparition ou l'aggravation d'une plaie ou lorsqu'une plaie ne s'est pas améliorée au cours d'une période de 14 jours. En outre, si l'état de la plaie ne s'améliore pas durant 14 jours, il faut informer le médecin et/ou l'IP de la situation, de même que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial, afin d'obtenir son accord pour fournir un traitement. Toujours selon cette politique, on doit obtenir les ordres en lien avec le traitement des plaies auprès du médecin ou de l'IP et les consigner dans le dossier électronique d'administration des traitements. Selon l'Annexe 7, soit la Liste de contrôle des problèmes de peau (Skin Issues Checklist), on doit réaliser une évaluation de la douleur auprès de toutes les personnes résidentes qui présentent de nouvelles plaies et consigner l'information sur ces plaies dans l'outil de suivi des plaies (wound tracker).

Au cours d'une période de six mois, on a omis de rédiger un aiguillage vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel pour les plaies d'une personne résidente, et ce, même si l'on a constaté de nouvelles plaies au cours de cette période, de même que des symptômes d'aggravation des plaies lors d'évaluations des plaies. En outre, rien n'indique que l'on a informé le médecin, l'IP ou la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de ces cas d'aggravation des plaies et des options de traitement correspondantes. En conséquence, le médecin ou l'IP n'a pas rédigé d'ordre en lien avec le traitement des plaies, ce qui a entraîné l'absence d'ordre de ce type pour certaines plaies de la personne résidente dans ses dossiers électroniques.

On a omis d'évaluer la douleur d'une personne résidente après que l'on eut constaté de nouvelles plaies au cours de cette période. En outre, l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies et la ou le DSI ont constaté qu'aucune plaie n'avait fait l'objet d'un suivi pendant la période en question.

**Sources :** Politique de gestion des plaies (Wound Management); politique concernant les soins préventifs de la peau (Preventative Skincare); aiguillages vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et évaluations de celle-ci ou de celui-ci; dossier électronique d'administration des traitements; aiguillages vers l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie et évaluations de celle-ci ou celui-ci; évaluations hebdomadaires des plaies; notes sur l'évolution de la situation; documents remplis par des PSSP; entretiens avec des PSSP, l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) des soins des plaies; la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel, une ou un DSI et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

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

30 janvier 2026.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 55 (2) b) 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,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

**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] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Examiner les pratiques de soins des plaies au foyer. Au minimum, établir clairement qui est responsable de l'exécution des tâches suivantes : les évaluations hebdomadaires des plaies; l'obtention des ordres en lien avec les soins des plaies; la consignation des ordres en lien avec les soins des plaies dans les dossiers électroniques; la prestation des soins des plaies; les aiguillages vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et la ou le physiothérapeute, au besoin; les aiguillages vers l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie et le moment où

**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'on doit effectuer ces aiguillages; la mise en œuvre des recommandations formulées par l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie; la communication avec le médecin ou l'IP, au besoin; et la communication avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial, au besoin.

Si l'on établit qu'une tâche liée aux soins des plaies relève de la responsabilité d'un seul membre du personnel autorisé, il convient de veiller à ce qu'un plan d'urgence soit mis en place pour garantir que cette tâche sera accomplie en son absence.

2) Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé sur les responsabilités correspondant aux tâches liées aux soins des plaies décrites au point (1) et sur toutes les marches à suivre de rechange en place.

3) Consigner dans un dossier toutes les mesures requises dans le présent ordre de conformité aux points (1) et (2), notamment les renseignements sur la formation, dont le contenu et la date de la formation, de même que les noms des personnes qui y ont participé.

**Motifs**

Les membres du personnel devaient effectuer des évaluations hebdomadaires des plaies en s'appuyant sur l'outil d'évaluation des lésions de pression (« Pressure Injury assessment » ou « PUSH ») dans PointClickCare. Cependant, à six reprises, on a omis d'évaluer les plaies de la personne résidente.

Au cours d'une période de six mois, on a constaté une détérioration des plaies et des signes d'infection possible lors de certaines évaluations hebdomadaires des plaies. Toutefois, on n'a apporté aucune modification au programme de soins à ce sujet.

On a rédigé un aiguillage vers l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie à deux reprises au cours de cette période, mais on a omis de consigner ses recommandations concernant le traitement des plaies dans les dossiers électroniques. En outre, pendant une période de cinq mois, les dossiers électroniques ne contenaient aucun ordre en lien avec les soins prévus pour certaines plaies. Ainsi, deux IAA et une ou un IA ont indiqué qu'elles ou ils ne soignaient pas toujours toutes les plaies, car cela ne figurait pas parmi les tâches requises.

**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 :** Dossiers médicaux; documents d'enquête interne; entretiens avec des IAA, une ou un IA, l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) de la stomathérapie, une ou un DSI et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

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

30 janvier 2026.

## 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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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<sup>e</sup> 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

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).