

Rapport public modifié Page couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 5 décembre 2025

Date d'émission du rapport original : 3 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1352-0003 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

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 MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour les raisons suivantes :

L'avis écrit n° 001 a été modifié; on a ainsi indiqué que cet avis écrit a été transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

L'ordre de conformité (OC) n° 002 a été modifié; on a ainsi indiqué que cet OC a été transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

Les OC n° 001 et n° 003 sont inclus dans le présent rapport à titre de référence; toutefois, ils n'ont pas été modifiés, de sorte que la date d'exécution reste fixée au 3 décembre 2025.

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 5 décembre 2025

Date d'émission du rapport original : 3 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1352-0003 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

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 MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour les raisons suivantes :

L'avis écrit n° 001 a été modifié; on a ainsi indiqué que cet avis écrit a été transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

L'ordre de conformité (OC) n° 002 a été modifié; on a ainsi indiqué que cet OC a été transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

Les OC n° 001 et n° 003 sont inclus dans le présent rapport à titre de référence; toutefois, ils n'ont pas été modifiés, de sorte que la date d'exécution reste fixée au 3 décembre 2025.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 20 au 24 et 27 au 31 octobre 2025, de même que 3 au 7, 10, 12 au 14 et 17 au 20 novembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 24 et 25 novembre 2025

L'inspection concernait :

Signalement : n° 00146347/Suivi n° 1 de l'OC n° 001 de l'inspection

n° 2025-1352-0001 en lien avec le programme structuré de services d'entretien ménager mentionné à l'article 19 (2) a) – Services d'hébergement, signifié le 30 avril 2025. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 15 septembre 2025.

Signalement : n° 00158065/Suivi n° 1 de l'OC n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0002 en lien avec les services d'entretien visant le contrôle de la température de l'eau, signifié le 16 septembre 2025. Dernière date d'échéance pour parvenir à la conformité : 20 octobre 2025.

Signalement : n° 00158631 – Signalement en lien avec une plainte anonyme concernant un incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente.

Signalement : n° 00161029 – Signalement en lien avec une plainte anonyme concernant la disponibilité du linge de maison pour fournir des soins aux personnes résidentes.

Signalement : n° 00161666 – Signalement en lien avec un incident au cours duquel une personne résidente a subi une blessure, en raison de laquelle elle a été transférée à l'hôpital et elle a subi des changements importants dans son état de santé.

Signalement : n° 00162942 – Signalement en lien avec un incident lié à un médicament ayant entraîné une réaction indésirable chez une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Lors de l'inspection, on a traité l'ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1352-0001 en lien avec l'alinéa 19 (2) a) de la LRSLD (2021).

L'inspection a établi que l'ordre de conformité suivant, délivré antérieurement, a été jugé **NON** respecté.

Lors de l'inspection, on a traité l'ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0002 en lien

avec l'alinéa 96 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
Gestion des médicaments

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

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

Non-respect du : paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) – Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'OC n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0002, signifié le 16 septembre 2025 et dont la date d'échéance pour parvenir à la conformité était le 20 octobre 2025.

Conformément à l'ordre, le titulaire de permis devait voir à ce que la température de l'eau qui alimente tous les lavabos utilisés par les personnes résidentes ne dépasse pas 49 degrés Celsius (°C). Il devait également étudier et mettre en œuvre des mesures correctives à long terme qui ne reposent pas uniquement sur la surveillance continue et le rajustement de la température de l'eau aux vannes de mélange pour contrôler la température. En outre, l'ordre exigeait la mise en œuvre d'un programme de surveillance afin de veiller à ce que tous les lavabos des personnes résidentes soient testés au moins une fois par cycle de sept jours civils.

Plus précisément, à une date donnée, on a mesuré des températures élevées de l'eau, lesquelles dépassaient 49 °C, dans les lavabos d'une personne résidente. Le lendemain, on a constaté que les températures de l'eau de deux autres lavabos étaient supérieures à 49 °C. À une autre date, les températures de l'eau de deux lavabos

étaient supérieures à 49 °C, ce qui dépassait le seuil acceptable.

Lors d'un entretien avec une administratrice ou un administrateur, celle-ci ou celui-ci a confirmé que le foyer avait mis en œuvre le programme de surveillance (vérification) de la température de l'eau sur un cycle de 30 jours au lieu du cycle de sept (7) jours requis, et que, lors de ces vérifications, aucune température de l'eau mesurée ne dépassait la fourchette requise. En outre, l'administratrice ou l'administrateur a déclaré que l'on avait omis de mettre en œuvre des mesures correctives à long terme outre que la surveillance continue et le rajustement des vannes de mélange, étant donné qu'il n'y avait aucune autre marche à suivre pour ce faire.

Sources : Démarches d'observation de la température de l'eau des lavabos dans les chambres à coucher de personnes résidentes; entretiens avec une administratrice ou un administrateur; examen du registre de la température de l'eau du foyer.

Le présent avis écrit est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit – 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'avis écrit (Problème de conformité n° 001)

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, la pénalité administrative est imposée pour la raison suivante : Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité :

Au cours des 36 derniers mois, soit le 16 septembre 2025, on a émis un OC en vertu de

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'article 96 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22, dans le cadre de l'inspection n° 2025-1352-0002. Toutefois, le titulaire de permis a omis de se conformer à cet ordre.

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 signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis 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.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position.

À une date donnée lors de cette inspection, on a constaté que trois fauteuils roulants utilisés par des personnes résidentes étaient visiblement sales. Le lendemain, on a vu que quatre fauteuils roulants et un déambulateur utilisés par des personnes résidentes étaient visiblement souillés par des matières séchées inconnues. Les appareils d'aide à la mobilité de ces personnes n'avaient pas été nettoyés et désinfectés. En outre, on a établi qu'aucune marche à suivre n'avait été élaborée et mise en œuvre pour le

nettoyage et la désinfection de routine des appareils d'aide à la mobilité des personnes résidentes.

Sources : Entretien avec une administratrice ou un administrateur; démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : la disposition 115 (3) 5 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) :
5. Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.

On a consigné dans les dossiers médicaux d'une personne résidente que celle-ci avait eu des réactions indésirables à un médicament après avoir reçu la mauvaise dose d'un médicament donné pendant 34 jours. En raison de cela, la personne résidente a dû être hospitalisée à plusieurs reprises au cours de cette période, et son état de santé s'est détérioré. Toutefois, on a seulement informé la directrice ou le directeur de cet incident lié à un médicament 46 jours ouvrables après que celui-ci se fut produit.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente; rapport sur un incident lié à un médicament concernant cette personne résidente; documents de la pharmacie concernant les réactions indésirables; entretiens avec deux conseillères ou conseillers en soins infirmiers de Southbridge et une administratrice ou un administrateur.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

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

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

Systeme 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.

On a omis de mettre en œuvre, auprès d'une personne résidente, les politiques et protocoles écrits pour la gestion des médicaments propres au titulaire de permis.

Plus précisément, on a omis de respecter la politique concernant la modification des ordres (Change Order policy). En effet, on a traité et vérifié l'ordre concernant un médicament de façon inexacte. Ce médicament a ensuite été envoyé au foyer, conformément à l'ordre inexact.

Selon la politique de réception des médicaments (Receiving Medications policy), les ordonnances et les médicaments reçus de la pharmacie doivent être vérifiés par des membres du personnel infirmier autorisé afin de garantir leur exactitude au moyen d'un rapprochement entre les médicaments reçus et le registre des commandes de médicaments (drug record of ordering). Toutefois, les membres du personnel infirmier autorisé ont omis d'effectuer le rapprochement des médicaments; en raison de cela, ils n'ont pas constaté l'erreur de dosage de ce médicament prescrit à une personne résidente. En outre, on a omis de vérifier le médicament reçu pour cette personne résidente et son dossier électronique d'administration des médicaments afin d'établir la dose appropriée de ce médicament.

Les membres du personnel infirmier autorisé n'ont pas décelé l'erreur dans les ordonnances figurant dans le dossier électronique d'administration des médicaments avant d'administrer le médicament à cette personne résidente. Cela s'est produit parce que l'on a omis de respecter la marche à suivre pour la vérification visant à garantir l'exhaustivité et l'exactitude des renseignements sur les médicaments (verification process for ensuring complete and accurate drug information), comme le prévoit pourtant la politique sur l'administration et la consignation des médicaments (Medication Administration and Documentation policy) du foyer. On a administré ce médicament 34 fois à la personne résidente, jusqu'à ce que la pharmacie constate cette erreur liée au médicament.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente; rapport sur un incident lié à un médicament; politique et marches à suivre de la pharmacie concernant

la modification des ordres, la réception des médicaments, les nouvelles commandes de médicaments, l'administration des médicaments et la consignation des renseignements à ce sujet (policy and procedures for change orders, receiving medications, new medication orders, and medication administration and documentation); entretiens avec deux infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), une conseillère ou un conseiller en soins infirmiers de Southbridge et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 147 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147 (2) – Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon sont documentés, examinés et analysés;
- b) les mesures correctrices nécessaires sont prises;
- c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier.

Règl. de l'Ont. 66/23, article 30

À ce jour, l'incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente, qui s'est produit à une date donnée et a entraîné une réaction indésirable, n'a fait l'objet d'aucun examen et d'aucune analyse ou mesure corrective visant à offrir une formation aux membres du personnel infirmier autorisé ou à améliorer les marches à suivre.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente; rapport sur un incident lié à un médicament; entretien avec la ou le DSI.

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

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 – 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 (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Offrir une formation à tous les membres du personnel infirmier autorisé (IAA et infirmières autorisées ou infirmiers autorisés [IA]) sur le programme d'administration des médicaments (medication administration program) du foyer, notamment sur les politiques de la pharmacie concernant la gestion des nouveaux ordres, la modification des ordres, la réception des médicaments et l'administration des médicaments (policies related to management of new orders, change in orders, receiving of medications and medication administration), de même que sur la politique et les marches à suivre de la pharmacie pour la consignation des renseignements à ce sujet (documentation policy and procedures). Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment le contenu, la date de la formation et le nom de la personne qui l'a animée.

2) Élaborer, mettre en œuvre et consigner un plan visant à garantir que les membres du personnel infirmier autorisé respectent les marches à suivre requises conformément aux politiques énumérées au point 1. Prendre des mesures correctives s'ils omettent de respecter les marches à suivre et veiller à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

3) Consigner dans un dossier les renseignements sur l'examen effectué suivant le point 2, notamment les constatations, toute mesure corrective prise et les résultats de ces mesures correctives.

Motifs

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 médicaments administrés à une personne résidente n'étaient pas conformes au mode d'emploi précisé par le prescripteur. En effet, on a prescrit une dose précise d'un médicament à une personne résidente, qu'elle devait prendre à compter d'une date donnée. Toutefois, on lui a administré une dose différente de ce médicament tous les jours pendant 34 jours. Durant cette période, la personne résidente a eu des réactions indésirables au médicament et a été hospitalisée plusieurs fois.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente et de son dossier électronique d'administration des médicaments; directives de l'hôpital pour les prescriptions suivant le congé; examen des dossiers médicaux physiques; documents de la pharmacie concernant les réactions indésirables à ce médicament; entretiens avec la personne résidente, deux IAA, une ou un IA, une conseillère ou un conseiller des services pharmaceutiques, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien (IP) et une conseillère ou un conseiller en soins infirmiers de Southbridge.

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

16 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Exigences générales

Problème de conformité n° 007 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

1. Une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

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 (2021)] :

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

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

- 1) Dès réception du présent ordre de conformité, la directrice générale ou le directeur général (administratrice ou administrateur) et la personne responsable des services environnementaux doivent immédiatement revoir toutes les politiques et marches à suivre existantes du programme de services de buanderie (laundry services program).
- 2) Dans les deux semaines suivant la réception du présent OC, veiller à ce que toutes les politiques et marches à suivre existantes concernant l'approvisionnement en linge de maison pour les personnes résidentes soient pleinement mises en œuvre. En outre, il convient d'offrir une formation aux membres du personnel des services de buanderie, aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et à tous les autres membres du personnel infirmier concernés, afin qu'ils comprennent leur rôle et leurs responsabilités quant à la disponibilité du linge de maison.
- 3) Examiner et réviser les marches à suivre des services de buanderie (laundry procedures) du foyer, afin de veiller à ce que les membres du personnel des services de buanderie disposent de suffisamment de temps pour effectuer toutes les tâches quotidiennes requises.
- 4) Consigner dans un dossier tous les renseignements concernant les mesures prises suivant cet OC, notamment la date, l'heure, les noms des personnes qui effectuent les examens conformément aux points (1), (2) et (3), de même que le matériel utilisé pour ces examens.

Motifs

On a omis de respecter le programme structuré écrit de services de buanderie (organized program of laundry services) prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi. En effet, le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre des politiques, marches à suivre et protocoles associés à son programme de services de buanderie (laundry programs).

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, on a omis de respecter la politique de gestion du linge de maison propre (Clean Linen Management) et la politique sur le suivi de l'approvisionnement en linge de maison (Monitoring of Linen Supplies) du titulaire de permis. Ces politiques précisaient l'engagement du foyer à effectuer un suivi adéquat de l'approvisionnement en linge de maison, et ce, afin de

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

répondre aux besoins de chaque personne résidente et de favoriser l'adoption des pratiques exemplaires dans les services de buanderie. Toutefois, on a omis de respecter ces politiques. Plus précisément, on a omis de respecter les marches à suivre ci-après énoncées dans ces deux politiques :

– La directrice générale ou le directeur général (administratrice ou administrateur) a omis de surveiller la mise en œuvre et l'efficacité du programme de services de buanderie (laundry services program) au foyer. Elle ou il a également omis d'effectuer des examens réguliers des vérifications faites à l'égard des services de buanderie, afin d'élaborer des plans d'action correctifs pour veiller à la conformité au programme et à l'amélioration du rendement.

La personne responsable des services environnementaux a omis d'effectuer des vérifications pour veiller à la conformité et à l'excellence de la prestation de services quant à l'approvisionnement en linge de maison. Elle a également omis d'effectuer des vérifications des services de buanderie et d'élaborer des plans d'action correctifs en vue de remédier à la pénurie de linge de maison pour les personnes résidentes. De plus, la personne responsable des services environnementaux a omis d'effectuer des vérifications sur l'inventaire de linge de maison et de respecter les normes et quotas de Southbridge quant à l'inventaire de linge de maison (Linen Inventory Standards and Quotas). La personne responsable des services environnementaux a omis de surveiller la quantité et l'état du linge de maison, et de remplacer ce linge comme il se devait en remplissant des bons de commande de linge de maison (Linen Purchase Record), là où il y avait lieu. En outre, la personne responsable des services environnementaux n'a rempli aucun bon de commande de linge de maison (Linen Purchase Record) pour la préparation du budget, afin de tenir compte de l'achat de nouveau linge de ce type pour répondre aux besoins des personnes résidentes. Enfin, la personne responsable des services environnementaux n'a pas communiqué la liste de distribution quotidienne du linge de maison propre pour l'aire d'habitation des personnes résidentes (RHA-Clean Linen Daily Distribution list) aux membres du personnel des services de buanderie.

– Les membres du personnel des services de buanderie ont omis de signaler immédiatement toutes les pénuries de linge de maison à la personne responsable des services environnementaux, afin d'obtenir du linge de maison propre supplémentaire à partir de la réserve d'urgence et de veiller à ce que les membres du personnel disposent toujours d'une quantité suffisante de linge de maison propre. De plus, les membres du personnel des services de buanderie ont omis de consigner quotidiennement le décompte du linge de maison par étage (Linen Count per Floor)

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

dans le document correspondant afin de faire le suivi du linge de maison propre pour les personnes résidentes.

L'omission générale de respecter ces politiques et marches à suivre associées au programme a entraîné une pénurie importante de linge de maison, lequel était nécessaire pour fournir des soins personnels aux personnes résidentes du foyer.

Sources : Examen de la politique et des marches à suivre pour le programme de services de buanderie de Southbridge (Laundry program policy and procedures) et de leurs annexes; document sur les quotas par article en vigueur au moment de l'inspection; dossiers des services de buanderie et documents de dénombrement du linge de maison pour les secteurs est et ouest du foyer (2025) [Linen Count for South and West sides 2025]; dossier de la vérification sur le linge de maison jeté (2025) [Discarded audit 2025 binder] et documents connexes; liste quotidienne de distribution du linge de maison propre pour le chariot de l'aire d'habitation des personnes résidentes concernée (RHA cart clean linen daily distribution list); entretiens avec deux personnes responsables des services environnementaux, la ou le gestionnaire des services environnementaux de Southbridge, deux membres du personnel des services de buanderie, cinq PSSP, une ou un IAA, deux administratrices ou administrateurs, une conseillère ou un conseiller en soins infirmiers de Southbridge et la directrice régionale ou le directeur régional de Southbridge.

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

Cet ordre de conformité est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 002

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

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

Avis de pénalité administrative (APA n° 002)

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 2 200 \$, 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 :

Le 30 avril 2025, lors de l'inspection n° 2025-1352-0001, on a constaté un non-respect de conformité en vertu de la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, en raison duquel on a émis un ordre de conformité. Le 16 septembre 2025, lors de l'inspection n° 2025-1352-0001, soit une inspection de suivi, on constaté que le titulaire de permis ne s'était pas conformé au précédent ordre de conformité. Ainsi, on a délivré un avis de pénalité administrative.

Il s'agit de la deuxième 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 signification 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 (OC) n° 003 – Disponibilité des fournitures

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la

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

disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 48 du Règl. de l'Ont. 246/22

Disponibilité des fournitures

Article 48 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :
Préparer, présenter et mettre en œuvre un plan pour voir au respect de l'article 48
du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à garantir que du linge de maison est aisément disponible au foyer pour répondre aux besoins en matière de soins infirmiers et de soins personnels de ses 64 personnes résidentes.

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

- 1) La façon dont le foyer effectuera une vérification du linge de maison pour les personnes résidentes dans tous ses secteurs, et ce, afin de recenser chaque article de linge de ce type dans le foyer, de passer en revue les exigences en matière de quotas énoncées dans sa politique et ses marches à suivre correspondantes, et de déterminer la méthode pour commander du linge de maison, conformément aux exigences de son programme de services de buanderie (laundry program requirements).
- 2) La façon dont le foyer respectera les quotas de linge de maison requis au foyer.
- 3) La façon dont le foyer veillera à ce que l'on surveille les commandes de linge de maison des membres du personnel infirmier ou des services de buanderie, à ce que l'on y donne suite et à ce que l'on consigne l'information sur les vérifications à cet égard.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2025-1352-0003 à une inspectrice ou un inspecteur des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel d'ici le 12 décembre 2025.

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

Il faut veiller à ce que le plan écrit présenté ne contienne aucun renseignement personnel ni renseignement personnel sur la santé.

Motifs

Le linge de maison nécessaire pour répondre aux besoins en soins infirmiers et personnels des 64 personnes résidentes du foyer n'était pas aisément disponible.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique concernant des allégations de négligence en raison d'une pénurie de linge de maison pour fournir des soins à ses personnes résidentes. Le jour de ce rapport d'incident, on a mené une vérification sur le linge de maison dans l'ensemble du foyer. Lors de cette vérification, on a constaté que la quantité de linge de maison était nettement insuffisante et, ainsi, qu'elle ne permettrait pas de répondre aux besoins de l'une des équipes des trois quarts de travail pour ce qui est d'offrir des soins aux personnes résidentes pendant 24 heures.

Des PSSP ont indiqué que depuis plus de huit semaines, il n'y avait pas assez de linge de maison pour qu'elles puissent offrir des soins aux personnes résidentes. Elles ont également affirmé que la direction en avait été informée régulièrement, sans que celle-ci ne leur propose des solutions. Les membres du personnel infirmier ignoraient s'il y avait une demande consignée dans les dossiers pour du linge de maison et ne connaissaient pas la marche à suivre à cet égard. Lors d'un examen, on a constaté que les quotas pour le linge de maison propre apporté aux aires d'habitation des personnes résidentes par les membres du personnel des services de buanderie étaient nettement inférieurs à ceux indiqués dans le registre pour le décompte du linge de ce type (documented linen logs), et ce, pour une période de six semaines. Les données consignées dans ce registre étaient inférieures aux exigences du foyer en matière de quota d'articles de linge de maison par jour (linen quota per day) en vue des soins aux personnes résidentes établies pour chaque quart de travail.

Sources : Démarches d'observation de la buanderie, des placards à linge de maison, du placard pour l'entreposage du nouveau linge de ce type et de l'espace d'entreposage dans le garage; examen du dossier pour le décompte quotidien du linge de maison dans les aires d'habitation des personnes résidentes (2025) [binder for daily linen count for the home areas]; dossier pour le registre du linge de maison jeté (2025) [binder for discard log for linens]; exigences pour le quota quotidien d'articles de linge de maison en vigueur au moment de l'inspection; formulaires de commande de linge de

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

maison pour une période de 11 mois; entretiens avec deux personnes résidentes, cinq PSSP, une ou un IAA, un membre du personnel d'entretien, un membre du personnel des services de buanderie, une personne responsable des services environnementaux, une ou un chef de bureau, la ou le DSI, deux administratrices ou administrateurs, deux conseillères ou conseillers en soins infirmiers de Southbridge et la directrice régionale ou le directeur régional de Southbridge.

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

19 janvier 2026.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 003

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

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

Avis de pénalité administrative (APA n° 003)

Lié à l'ordre de conformité n° 003

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 émet un avis de pénalité administrative, puisque l'on a déjà signifié un ordre de conformité à ce sujet au cours des 36 derniers mois, en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD). En effet, le 25 juin 2024, on a émis un avis de non-conformité en vertu de l'article 48 du Règl. de l'Ont. 246/22, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1352-0002.

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

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 signification 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.

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

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^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.