

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

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 9 mars 2026**Numéro d'inspection :** 2026-1352-0001**Type d'inspection :**

Autre

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**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 6, 9 au 13, 17 au 20 et 23 au 27 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 2 au 4 mars 2026

L'inspection concernait :

Incidents critiques (IC)

- Signalements : n° 00155439 – Rapport d'IC n° 2867-000030-25 et n° 00160681 – Rapport d'IC n° 2867-000028-25 – Signalements en lien avec des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

- Signalement : n° 00165970 – Rapport d'IC n° 2867-000047-25 – Signalement en lien avec l'éclosion d'une infection aiguë des voies respiratoires.

- Signalement : n° 00167492 – Rapport d'IC n° 2867-000001-26 – Signalement en lien avec un traitement fourni de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente par un membre du personnel, plus précisément en ce qui concerne les soins des plaies.

- Signalement : n° 00170407 – Rapport d'IC n° 2867-000014-26 – Signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente par un membre du personnel, plus précisément en ce qui concerne un transfert inapproprié.

- Signalement : n° 00163654 – Rapport d'IC n° 2867-000044-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

- Signalements : n° 00170195 – Rapport d'IC n° 2867-000013-26, n° 00170196 – Rapport d'IC n° 2867-000012-26 et n° 00170197 – Rapport d'IC n° 2867-000009-26 –

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

Signalements en lien avec un traitement fourni de façon inappropriée ou incompétente à des personnes résidentes par un membre du personnel, plus précisément en ce qui concerne l'administration des médicaments.

Autre

- Signalement : n° 00165433 – Signalement en lien avec de multiples préoccupations concernant les soins fournis à une personne résidente.

Suivi :

- Signalement : n° 00158064 – Signalement en lien avec les exigences générales pour les programmes d'entretien.

- Signalement : n° 00164240 – Signalement en lien avec la température de l'eau.

- Signalement : n° 00164241 – Signalement en lien avec l'administration des médicaments.

- Signalement : n° 00164242 – Signalement en lien la disponibilité des fournitures.

- Signalement : n° 00164243 – Signalement en lien avec les exigences générales pour les programmes de services de buanderie.

- Signalements : n° 00164449 et n° 00164450 – Signalements en lien avec les soins de la peau et des plaies.

- Signalement : n° 00164451 – Signalement en lien avec l'obligation de protéger 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 :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0001 en lien avec la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

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.

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1352-0003 en lien avec le paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1352-0003 en lien avec l'article 48 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0003 en lien avec la disposition 34 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1352-0004 en lien avec l'alinéa 55 (2) b) 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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1352-0004 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021).

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1352-0004 en lien avec le paragraphe 55 (1) 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
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire du permis doit se conformer à toute politique ou à tout programme mis en place, en particulier en ce qui concerne la politique de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer (Skin and Wound Care Management policy).

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

Selon la politique du foyer pour l'aiguillage vers l'infirmière spécialisée ou l'infirmier spécialisé en plaies, stomie et continence et pour le processus de suivi et d'examen connexe (Nurse Specialized in Wound, Ostomy and Continence (NSWOC) Referral and Follow Up Process-Await and Review), lorsque les membres du personnel constatent qu'ils manquent de fournitures de soins des plaies pour fournir un traitement recommandé par cette infirmière ou cet infirmier, ceux-ci doivent le lui signaler. Toutefois, lors d'un entretien, un membre du personnel a déclaré qu'il savait que le foyer manquait de fournitures de soins des plaies pour fournir un traitement à une personne résidente, lequel avait été recommandé par l'infirmière spécialisée ou l'infirmier spécialisé en plaies, stomie et continence. Malgré cela, le jour même, le membre du personnel a continué à fournir le traitement prescrit sans informer l'infirmière spécialisée ou l'infirmier spécialisé en plaies, stomie et continence de l'indisponibilité du produit recommandé.

Sources : Examen des dossiers cliniques d'une personne résidente; politique pour l'aiguillage vers l'infirmière spécialisée ou l'infirmier spécialisé en plaies, stomie et continence et pour le processus de suivi et d'examen connexe (Policy NSWOC Referral and Follow Up Process-Await and Review); entretiens avec des membres du personnel.

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 : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Après qu'une personne résidente eut fait une chute et subi une blessure, on a révisé son programme de soins en y indiquant qu'elle avait besoin d'une alarme de lit et d'un produit pour incontinence précis. Toutefois, on a omis de réévaluer l'état de la personne résidente et de réexaminer son programme de soins dès que l'on a constaté que les produits pour incontinence et l'alarme de lit prévus dans son programme de soins

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

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

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

n'étaient plus nécessaires.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur; examen du programme de soins de la personne résidente; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; liste de distribution des produits pour incontinence (Distribution list continence care product); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

Problème de conformité n° 003 – 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 tous les points de l'ordre de conformité délivré en vertu du paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, en lien avec le programme de soins de la peau et des plaies.

Plus précisément, le point 3) g) de l'ordre de conformité concernait l'obligation d'effectuer une vérification hebdomadaire. Dans le cadre de cette dernière, le titulaire de permis devait veiller à ce que l'on fournisse les soins des plaies à chaque personne résidente, conformément à son programme de soins. En outre, le point 4) de cet ordre concernait l'obligation du titulaire de permis de prendre des mesures correctives immédiates et de consigner les renseignements à ce sujet, notamment le nom du ou des membres du personnel concernés, les mesures prises et le moment où elles ont été prises, de même que les conséquences néfastes sur la ou les personnes résidentes, le cas échéant.

En revanche, lors des vérifications hebdomadaires du programme de soins des plaies effectuées pendant une période donnée, on a omis de veiller à ce que les soins des plaies fournis correspondent aux directives prévues dans le programme de soins de la ou des personnes résidentes concernées. En outre, lors des vérifications hebdomadaires, on a constaté certaines lacunes, notamment en ce qui concerne l'omission d'aiguiller certaines personnes vers la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et de communiquer avec la mandataire spéciale ou 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

mandataire spécial d'une personne résidente lorsque l'on devait le faire, de même que l'habitude des membres du personnel d'apposer leur signature pour indiquer qu'ils ont fourni un traitement pour soigner des plaies données, alors que les fournitures nécessaires n'étaient pas disponibles. De plus, en s'appuyant sur les dossiers, il est impossible de confirmer si l'on a pris des mesures correctives immédiates. En outre, dans l'affirmative, on ignore auprès de quel(s) membre(s) du personnel on a pris des mesures, de même que le moment et la nature de ces mesures, et si la ou les personnes résidentes concernées ont subi des conséquences néfastes.

Sources : Évaluations hebdomadaires des plaies; documents concernant les mesures disciplinaires; notes de la réunion interne; entretiens avec l'administratrice ou l'administrateur et la conseillère principale ou le conseiller principal en soins infirmiers.

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° 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, 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 : paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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.

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 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 : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : la disposition 12 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

4. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

Le foyer de soins de longue durée a omis de veiller au respect des règles concernant les verrous sur les portes de ses salles de douche et de ses salles de toilette.

En effet, les verrous sur les portes de la salle de douche du secteur ouest du foyer, des salles de toilette attenantes à l'intérieur des salles de bain ou de douche des deux secteurs du foyer et des salles de toilette situées à l'extérieur de la chapelle n'étaient pas entretenus de façon à ce qu'ils puissent être facilement désengagés de l'extérieur, étant donné que les membres du personnel ne détenaient aucune clé pour déverrouiller ces portes en cas d'urgence.

Sources : Démarches d'observation auprès de ces portes verrouillées qui ne pouvaient pas être déverrouillées de l'extérieur; entretiens avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (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

ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le foyer de soins de longue durée a omis de veiller à ce que la température ambiante soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (°C) dans les salles de bain et de douche du secteur sud du foyer.

En effet, deux personnes résidentes ont signalé qu'elles avaient eu froid lorsqu'elles avaient reçu certains bains. Lors de cette inspection, on a mesuré la température ambiante dans la salle de bain et dans la salle de douche de l'un des secteurs où l'on fournissait des soins aux personnes résidentes; le résultat était 19,1 °C et 19,5 °C. En outre, un membre du personnel a indiqué que les plinthes chauffantes devaient être réparées, car les cadrans permettant d'augmenter le chauffage dans la salle de bain et la salle de douche de ce secteur ne fonctionnaient pas.

Sources : Démarches d'observation du secteur où l'on fournissait des soins aux personnes résidentes; mesures de la température; entretiens avec une personne résidente et des membres du personnel; examen du registre de la température ambiante mesurée par des membres du personnel infirmier pendant une période de trois mois.

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir au respect de la politique écrite élaborée pour le programme d'entretien. Selon la politique concernant la surveillance de la température de l'eau du foyer (Water Temperature Monitoring policy), les membres du personnel qui fournissent des soins doivent étalonner tous les thermomètres utilisés pour mesurer la température de l'eau, conformément aux instructions du fabricant, et ce, chaque semaine.

Deux membres du personnel autorisé ont vérifié la température de l'eau une fois par

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

quart de travail, au hasard, dans les lavabos des chambres à coucher des personnes résidentes, où ces dernières avaient accès à l'eau. Toutefois, les deux membres du personnel ont indiqué qu'ils n'avaient pas étalonné le thermomètre au cours des trois derniers mois, soit depuis qu'ils avaient commencé à vérifier la température. Ainsi, ils ont omis de suivre la méthode requise pour étalonner l'eau chaude ou l'eau froide au début de chaque quart de travail, afin de veiller à ce que les données du thermomètre soient exactes. Ils ont donc omis de respecter les instructions du fabricant.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur; examen de la politique concernant la surveillance de la température de l'eau du foyer (n° RFC-02-17; Water Temperature Monitoring policy; date de la dernière révision : décembre 2025); *How to Use and Calibrate a Probe Thermometer* (ou « Comment utiliser et étalonner un thermomètre à sonde ») par le Canadian Institute of Food Safety [CIFS]; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

À une date donnée, après le service d'un repas, un membre du personnel a utilisé des techniques de transfert qui n'étaient pas sécuritaires. En effet, il a aidé une personne résidente à effectuer un transfert sans demander l'aide d'un deuxième membre du personnel. Toutefois, selon le programme de soins de la personne résidente, les membres du personnel devaient utiliser la méthode de transfert côte à côte, qui doit être effectuée par deux membres du personnel.

Sources : Démarches d'observation lors du transfert de la personne résidente; examen du programme de soins de la personne résidente et de son logo de transfert; entretiens avec des membres du personnel.

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

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

À une date donnée, une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. Toutefois, on a omis d'organiser une réunion postérieure à la chute et d'effectuer une évaluation auprès de cette personne à l'aide de l'outil d'évaluation postérieure à la chute conçu expressément pour cette fin, ce que prévoyait pourtant la politique correspondante du foyer. Au moment de l'inspection, l'évaluation postérieure à la chute était toujours en retard dans les dossiers de la personne résidente dans PointClickCare.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; dossiers sur les évaluations postérieures à la chute (Post Fall Assessment record); dossiers contenant les formulaires pour les réunions postérieures à la chute (Huddle Form record); entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

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

Non-respect de : l'alinéa 59 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur 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 fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations.

Une personne résidente présentait des comportements réactifs depuis son admission, notamment lorsqu'elle recevait des soins.

À deux dates différentes, la personne résidente a adopté un certain comportement réactif envers deux personnes résidentes. Par la suite, elle a continué à adopter ce type de comportements envers d'autres personnes résidentes.

Toutefois, on a omis de prendre des mesures pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les personnes résidentes. En effet, dans le programme de soins de la personne résidente concernée, on ne mentionnait aucun facteur susceptible de déclencher de telles altercations.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation à propos d'une personne résidente et programme de soins de celle-ci; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Dans le contexte de l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 5.4 k) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme ») [avril 2022, révisée en septembre 2023], les politiques et les marches à suivre du programme de PCI doivent également traiter des politiques en matière de PCI pour l'entretien ménager ainsi que les services de buanderie, de nettoyage et de désinfection.

À une date donnée, des membres du personnel ont omis de respecter la politique du foyer concernant la manipulation du linge propre et sale (Handling of Clean and Soiled Linen), et ce, après avoir fourni des soins liés à l'incontinence à deux personnes

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

résidentes. En effet, les deux membres du personnel ont omis de manipuler le linge sale et les vêtements des personnes résidentes comme s'ils étaient contaminés et ont omis de mettre ce linge sale et ces vêtements dans des sacs avant de les placer dans les chariots à buanderie au point de service. Au lieu de cela, ils ont mis le linge sale et les vêtements des personnes résidentes dans les sacs communs de buanderie situés dans les couloirs, alors qu'ils devaient pourtant prendre des précautions supplémentaires quant au contact auprès de ces deux personnes résidentes.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur; la Norme (avril 2022, révisée en septembre 2023); politique du foyer concernant la manipulation du linge propre et sale (n° 10.29; Handling of Clean and Soiled Linen; date de la dernière révision : 26 avril 2025); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 011 – 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.

À une date donnée, une personne résidente a adopté certains comportements réactifs envers une autre personne résidente. Selon la politique correspondante du foyer, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, devait mener une enquête et déterminer les causes profondes de l'incident. Toutefois, la ou le DSI a omis de respecter la politique. En effet, elle ou il a omis de remplir le formulaire d'enquête sur l'incident prévu dans la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Sources : Politique concernant le signalement des incidents, les enquêtes sur les incidents ainsi que les mesures d'intervention et d'atténuation connexes (n° RFC-04-01; Incident Investigation, Reporting, Response and Mitigation; date de la dernière révision : août 2025); rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); notes

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

sur l'évolution de la situation pertinentes; entretiens avec une personne résidente et un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 120 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle

Paragraphe 120 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle utilisé aux termes de l'article 36 de la Loi pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie soit retiré dès qu'il n'est plus requis pour fournir une telle aide, à moins que le résident ne demande de le garder.

Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci utilisait un appareil d'aide personnelle pour faciliter ses changements de position et mieux porter son poids. Toutefois, on a omis de retirer l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente dès que l'on a constaté qu'il n'était plus nécessaire. En effet, lors de démarches d'observation effectuées lors du service d'une collation et du service d'un repas à deux dates différentes, on a constaté que la personne résidente utilisait toujours l'appareil en question.

Sources : Démarches d'observation effectuées lors du service d'un repas et du service d'une collation; examen du programme de soins d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à 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

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé.

À une date donnée, on a constaté que l'on avait laissé un chariot à médicaments déverrouillé et sans surveillance dans un secteur où l'on fournissait des soins aux personnes résidentes. Un membre du personnel autorisé a indiqué que l'on devait verrouiller le chariot à médicaments lorsqu'on ne l'utilisait pas.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec le membre du personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 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).

À une date donnée, lors du service d'un repas, un membre du personnel autorisé a omis d'administrer des médicaments à sept personnes résidentes. En effet, celles-ci avaient laissé leurs gobelets sur la table de la salle à manger. L'une des personnes résidentes en question avait des troubles cognitifs importants et une autre d'entre elles devait prendre une substance désignée. De plus, les cinq autres personnes résidentes avaient des troubles cognitifs modérés et elles avaient besoin de rappels pour prendre leurs médicaments ou d'une surveillance constante.

Sources : Démarches d'observation lors de l'administration des médicaments; examen des dossiers électroniques d'administration des médicaments des personnes résidentes concernées et des résultats de leurs évaluations selon l'échelle du Minimum data set (ensemble minimal de données); entretiens avec des membres du personnel.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 015 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 12 (1) 1. i. du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermées et verrouillées.

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 :

- a) Veiller à ce que la porte de la cage d'escalier du secteur ouest du foyer, laquelle mène au sous-sol, soit dotée d'un mécanisme de fermeture qui permette de la verrouiller automatiquement.
- b) Veiller à ce que l'on intègre la vérification et la mise à l'essai régulières du mécanisme de cette porte au système des services d'entretien, afin de garantir que ce mécanisme de fermeture fonctionne en tout temps.

Motifs

Dans l'une des aires du foyer où habitent des personnes résidentes, on a omis de garder la porte de la cage d'escalier fermée et verrouillée. En effet, à une date donnée, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la porte d'une cage d'escalier n'était pas verrouillée. La personne responsable des services environnementaux a indiqué que cette porte était équipée d'un mécanisme de fermeture automatique permettant de la verrouiller. En revanche, une semaine plus tard, on a constaté que le mécanisme de fermeture automatique de cette porte ne fonctionnait pas et ne la verrouillait pas automatiquement.

Sources : Démarches d'observations effectuées auprès de la porte de la cage d'escalier du secteur ouest du foyer; entretiens avec la directrice régionale ou le directeur régional de Southbridge, la conseillère régionale ou le conseiller régional en

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

services environnementaux de Southbridge et la personne responsable des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 27 mars 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Comportements réactifs

Problème de conformité n° 016 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

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 veiller à ce que, lorsque deux personnes résidentes adoptent des comportements réactifs, les membres du personnel remplissent toutes les sections de la fiche de collecte de données du système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) [BSO-DOS data collection sheet]. Les membres du personnel doivent notamment recueillir les données pertinentes, effectuer les analyses nécessaires et prévoir des mesures d'intervention pour répondre aux besoins des personnes résidentes.

Motifs

A – À des dates données, on a effectué une évaluation auprès d'une personne résidente dans le contexte du système d'observation de la démence du Projet OSTC; à ce moment-là, il s'agissait d'une stratégie pour gérer les comportements réactifs précis de cette personne. Toutefois, on a omis de remplir la troisième section de la fiche de collecte de données du système d'observation de la démence du Projet OSTC (BSO-DOS data collection sheet), laquelle était nécessaire pour effectuer l'analyse et prévoir des mesures d'intervention. Par conséquent, les membres du personnel du foyer n'ont pas été en mesure de mettre entièrement en œuvre la stratégie élaborée auprès de la personne résidente qui adoptait ce type de comportements, puisque le programme de soins de cette dernière ne comprenait pas d'analyse des données

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

obtenues lors de la surveillance effectuée dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC.

Sources : Fiches de collecte de données du système d'observation de la démence du Projet OSTC (BSO-DOS data collection sheets); notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

B – À une date donnée, on a effectué une évaluation auprès d'une deuxième personne résidente dans le contexte du système d'observation de la démence du Projet OSTC; à ce moment-là, il s'agissait d'une stratégie pour gérer les comportements réactifs précis de cette personne. Toutefois, on a omis de remplir la troisième section de la fiche de collecte de données du système d'observation de la démence du Projet OSTC (BSO-DOS data collection sheet), laquelle était nécessaire pour effectuer l'analyse et prévoir des mesures d'intervention. Par conséquent, les membres du personnel du foyer n'ont pas été en mesure de mettre entièrement en œuvre la stratégie élaborée pour la deuxième personne résidente qui adoptait ce type de comportements, puisque le programme de soins de cette dernière ne comprenait pas d'analyse des données obtenues lors de la surveillance effectuée dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC.

Sources : Fiches de collecte de données du système d'observation de la démence du Projet OSTC (BSO-DOS data collection sheets); notes sur l'évolution de la situation concernant une personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 27 mars 2026.

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

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 :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après 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

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

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

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.