

## Rapport public

**Date de publication du rapport :** 28 août 2025.**Numéro d'inspection :** 2025-1364-0005**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** The Royale Development GP Corporation as general partner of The Royale Development LP**Foyer de soins de longue durée et ville :** Granite Ridge Community, Stittsville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 5 au 8, le 11, du 13 au 15, du 18 au 22 et du 25 au 27 août 2025.

L'inspection concernait :

– Le registre n° 00147342 – suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001 émis dans le cadre de l'inspection 2025-1364-0003, ayant trait au paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 avec une date d'échéance de mise en conformité au 11 juillet 2025.

– Le registre n° 00148888 concernait un cas allégué d'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente en lien avec des chutes fréquentes.

Les registres n° 00149459, n° 00150470, n° 00153449, n° 00151617, n° 00151849 et n° 00153739 concernaient des cas allégués de mauvais traitements envers des personnes résidentes de la part d'une personne résidente.

– Les registres n° 00150176, n° 00152078 et n° 00151790 concernaient des chutes occasionnant un changement important dans l'état de santé de la personne

résidente.

- Le registre n° 00153329 concernait la chute d'une personne résidente et le décès inattendu d'une personne résidente.
- Le registre n° 00154050 concernait une plainte relative à des préoccupations ayant trait aux services de buanderie.

## Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 relatif au paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, émis dans le cadre de l'inspection n° 2025-1364-0003.

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 services d'entretien  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Comportements réactifs  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente. Plus précisément, après une chute de la personne résidente, on n'avait pas communiqué au personnel les stratégies de prévention des chutes et le statut de transfert de la personne résidente.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, cahier des communications de l'unité et un entretien avec la directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers.

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

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7). Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à une personne résidente, tel que le précisait le programme. Plus précisément, la personne résidente n'avait pas de tapis de plancher des deux côtés de son lit comme le précisait le programme de soins, et comme l'a confirmé une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé.

Sources : Observation effectuée par l'inspectrice, examen des dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec une infirmière ou un infirmier autorisé.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui fussent fournis, tel que le précisait son programme. Plus précisément, le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'on devait la surveiller à l'aide du Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, et cela n'a pas été fait pour la personne résidente à une date déterminée au cours d'une période donnée.

Sources : Feuille de collecte des données de la cartographie BSO-DOS© de la personne résidente, entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel du BSO-DOS© et avec une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui fussent fournis, tel que le précisait son programme. Plus précisément, le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'on devait la surveiller à l'aide du Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario,

et que cela n'a pas été fait pour la personne résidente à une date déterminée au cours d'une période donnée.

Sources : Feuille de collecte des données de la cartographie BSO-DOS© de la personne résidente, et entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel du BSO-DOS©.

## **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles fussent gardées verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel. Plus précisément, on a trouvé une personne résidente sur le sol dans une salle de bains dont la porte n'était pas verrouillée en raison du mauvais fonctionnement de la serrure.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'évolution et entretien avec une directrice associée ou un directeur associé des soins infirmiers.

Rapport d'inspection prévu par la  
**Loi de 2021 sur le redressement des 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

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

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

#### Programmes obligatoires

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

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques écrites relatives à la prévention des chutes.

Une personne résidente a subi une chute en juillet 2025. Un examen du dossier médical de la personne résidente révélait qu'en février 2024 ont avait évalué que celle-ci présentait un risque élevé de faire des chutes et que l'on avait ajouté des stratégies de prévention des chutes au programme de soins. Depuis février 2024, la personne résidente avait fait plusieurs chutes, mais l'on n'avait ajouté au programme de soins aucune intervention supplémentaire en matière de prévention des chutes. Lors d'un entretien, la directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) n'a pas été en mesure de fournir des documents pour corroborer que les stratégies d'intervention pour les chutes de la personne résidente étaient évaluées tous les trimestres par l'équipe interdisciplinaire.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir des politiques dans le cadre du programme de prévention des chutes

et à ce qu'elles soient respectées. La politique du titulaire de permis indique à l'équipe interdisciplinaire de documenter toutes les interventions qui sont ajoutées au programme de soins et d'en effectuer l'évaluation trimestrielle.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, entretien avec une ou un DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes 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, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022 et révisée pour la dernière fois en septembre 2023. Aux termes du paragraphe 9.1, la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée indique qu'au minimum les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Lors d'une observation, on a remarqué qu'une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) n'avait pas pratiqué l'hygiène des mains avant d'entrer dans la

chambre d'une personne résidente.

Sources : Observation de l'IAA et entretien avec cette personne.

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

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

### **Non-respect de l'article 103 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Article 103. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que sa politique écrite, prévue à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents réunisse les conditions suivantes :

a) elle contient des marchés à suivre et des mesures d'intervention visant à aider et à appuyer les résidents qui ont été ou auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques écrites relatives à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir des politiques dans le cadre du programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence et à ce qu'elles soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer VII-G-10.00 intitulée prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente (*Prevention of Abuse and Neglect of a resident*) révisée pour la dernière fois en novembre 2024, spécifie : « si un membre de l'équipe ou une personne bénévole observe ou soupçonne un incident de mauvais traitements envers une personne résidente de la part de qui que ce soit, ou

de la négligence envers une personne résidente de la part de la collectivité ou de l'un des membres de son équipe, ou a connaissance d'un tel incident, ce membre de l'équipe ou cette personne bénévole est tenue ou tenu de prendre immédiatement ces mesures, à savoir : informer immédiatement l'infirmière ou l'infirmier responsable dans la collectivité. »

Une personne préposée aux services de soutien personnel n'a pas immédiatement fait rapport à un membre du personnel autorisé lorsqu'elle a observé un incident présumé de mauvais traitements envers des personnes résidentes de la part d'une personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux de personnes résidentes et entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 007 – ordre de conformité aux termes 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 ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a] de la LRSLD 2021] :**

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Concevoir et mettre en œuvre des mesures d'intervention visant à protéger les personnes résidentes contre des mauvais traitements infligés par une personne résidente.

- B) Élaborer un processus pour déterminer le moment où mettre en place ou cesser l'affectation individuelle d'un membre du personnel à la personne résidente lorsqu'elle manifeste des comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes.
- C) Recourir à une approche multidisciplinaire pour mettre en place des examens hebdomadaires des interventions ciblant la personne résidente pour gérer efficacement ses comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes.
- D) Conserver par écrit tout ce qui est requis aux points A à C du présent ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger plusieurs personnes résidentes contre des mauvais traitements infligés par une personne résidente alors que s'étaient produits plusieurs incidents de mauvais traitements envers des personnes résidentes de la part d'une personne résidente.

Un examen du programme de soins de la personne résidente révélait que l'on avait eu recours de façon intermittente à l'affectation individuelle d'un membre du personnel à titre de mesure d'intervention visant à empêcher la personne résidente d'adopter des comportements réactifs inappropriés envers d'autres personnes résidentes, mais que l'on avait mis fin à l'affectation individuelle d'un membre du personnel avant chaque incident.

Lors d'un entretien, la ou le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a décrit une méthode variable pour déterminer le moment où il fallait mettre fin à l'affectation individuelle d'un membre du personnel pour la personne résidente. La documentation des soins infirmiers est examinée pendant une durée indéterminée, la cartographie du comportement n'est

pas systématiquement utilisée pour aider à déterminer le moment pour mettre fin à l'affectation individuelle, et inclure l'apport d'autres disciplines n'est pas une pratique courante.

Le programme de soins de la personne résidente comprenait d'autres stratégies pour gérer ses comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes, mais la ou le responsable du Projet OSTC a déclaré que l'équipe multidisciplinaire n'avait pas réexaminé les mesures d'intervention pour en vérifier l'efficacité.

Ne pas élaborer des stratégies efficaces pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente a fait courir aux autres personnes résidentes un risque accru d'incidents de mauvais traitements.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec la ou le responsable du Projet OSTC.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 septembre 2025.**

**Une pénalité administrative (APA) est délivrée concernant cet avis écrit APA n° 001**

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative APA 001**

**en lien avec l'avis écrit de non-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 est tenu de payer une pénalité administrative de 5 500 dollars 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, donnant lieu en conséquence, à un ordre aux termes de l'article 155 de la Loi, et que durant les trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré aux termes de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Antécédents de conformité :**

Antécédents de conformité existants : 1 OC émis dans les 36 mois en application du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021).

Il s'agit du premier APA qui a été délivré au titulaire de permis pour ne pas avoir respecté cette exigence.

Une facture comportant les renseignements relatifs au paiement sera fournie par courrier séparé après signification du présent avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer un APA à partir des fonds d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [p. ex., soins infirmiers et soins personnels; programme et services de soutien personnel et aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes pour 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  
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 :

- 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;

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

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

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

<https://www.hsb.on.ca/>