

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1364-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation, en tant que partenaire général de 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 : 19 au 21 et 24 au 28 novembre 2025 et 1^{er} au 5, 8 au 12 et 15 au 17 décembre 2025.

On a mené à bonne fin les signalements suivants au cours de cette inspection sur un incident critique :

Signalement : n° 00156118 – signalement en lien avec une personne résidente portée disparue qui a fait une chute entraînant une blessure

Signalement : n° 00157871; signalement : n° 00159210; signalement : n° 00161605; signalement : n° 00162171 – signalements en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Signalement : n° 00159459 – signalement en lien avec des allégations de négligence de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente

Signalement : n° 00159833; signalement n° 00163045 – signalements en lien avec des soins fournis de manière inappropriée/incompétente à une personne résidente par des membres du personnel

Signalement : n° 00162806 – signalement en lien avec des mauvais traitements d'ordre physique à l'endroit d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente

L'inspection concernait les signalements suivants à propos d'une plainte :

Signalement : n° 00154811 – Plainte relative aux droits d'une personne résidente en ce qui concerne les médicaments

Signalement : n° 00159398 – Plainte en lien avec le programme de soins d'une

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

personne résidente, les soins de la peau et des plaies, des allégations de négligence et le système de communication bilatérale

Signalement : n° 00159820 – Plainte en lien avec une erreur quant aux médicaments et des allégations de négligence envers une personne résidente

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion des médicaments

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

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

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 :

a) les soins prévus pour le résident.

En décembre 2025, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a fourni une copie du programme de soins écrit de la personne résidente, qui avait été révisé pour

inclure des instructions claires sur l'utilisation de l'alarme de fauteuil.

Mesures de rectification prises en décembre 2025.

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 (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.

On a déterminé qu'une personne résidente présentait un risque modéré de chute. Son programme de soins indique que la personne résidente présente un risque élevé de chute, mais les membres du personnel ont déclaré qu'elle présente un risque de chute faible à modéré.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente; entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et la ou le DSI.

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

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

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

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.

En décembre 2025, on a constaté qu'une personne résidente ne portait pas ses

protecteurs de hanche comme le prévoyait son programme de soins.

Sources : Démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur; programme de soins de la personne résidente; entretiens avec une PSSP et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé.

AVIS ÉCRIT : Obligation de tenir le personnel et d'autres personnes informés

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

Non-respect du : paragraphe 6 (8) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (8) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

On a déterminé qu'une personne résidente présentait un risque élevé de chute et établi des stratégies de prévention des chutes. Les PSSP qui s'occupent de la personne résidente n'étaient pas au courant du contenu du programme de soins de celle-ci, plus spécifiquement de son risque de chute et des stratégies de prévention des chutes à mettre en place.

Sources : Entretien avec deux PSSP; programme de soins de la personne résidente; évaluation du risque de chute de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

Problème de conformité n° 005 – 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

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

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

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.

Le programme de soins écrit d'une personne résidente prévoyait l'utilisation d'une alarme de lit lorsque la personne était au lit comme intervention de gestion des chutes. En décembre 2025, une inspectrice ou un inspecteur a constaté que la personne résidente n'avait pas d'alarme de lit. Une PSSP a confirmé que la personne résidente bénéficiait d'une supervision individuelle continue de la part du personnel depuis une chute en octobre 2025 et qu'elle n'avait donc plus besoin d'une alarme de lit. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé a confirmé que les besoins en matière de soins de la personne résidente avaient changé et que ces changements auraient dû être reflétés dans son programme de soins documenté.

Sources : Rapport d'incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une PSSP et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé.

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD

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 :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

On a omis d'examiner et de réviser les mesures d'intervention prévues dans le programme de soins d'une personne résidente pour la prévention et la gestion des chutes; en effet, la personne résidente a fait plusieurs chutes en 2025, et son programme de soins n'a pas été efficace.

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une

directrice adjointe ou un directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 007 – 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.

En octobre 2025, on a omis de respecter la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes lorsque le foyer a été informé d'allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente.

Selon la politique, dès qu'ils prennent connaissance d'un incident, les membres du personnel infirmier doivent évaluer la sécurité et le bien-être physique des personnes résidentes concernées et aviser les praticiens responsables de chacune de ces personnes résidentes.

En octobre 2025, la directrice générale ou le directeur général par intérim, la ou le DSI par intérim et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers ont été informés d'allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente. On a évalué la personne résidente en octobre 2025, deux jours après le signalement de l'incident. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que le médecin de la personne résidente n'avait pas été informé des allégations de négligence.

Sources : Politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence du foyer; rapport d'incident critique; correspondance par courriel d'octobre 2025; notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans

certains cas

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

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

En octobre 2025, le foyer a été informé d'allégations de négligence à l'endroit d'une personne résidente, et ces allégations n'ont pas été signalées immédiatement à la directrice ou au directeur. En effet, cet incident n'a été signalé que deux jours plus tard.

Sources : Rapport d'incident critique; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

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

Non-respect de : l'alinéa 36 (4) 1 de la LRSLD

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Paragraphe 36 (4) – L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

1. Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Le programme de soins indique que l'on a incliné le fauteuil roulant d'une personne résidente pour aider cette dernière à se déplacer et à changer de position, mais rien n'indique que d'autres solutions ont été envisagées et essayées avant celle-ci, ce qui a été confirmé par la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire — personnel chargé des soins directs

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

Non-respect de : la disposition 82 (7) 6 de la LRSLD**Formation**

Paragraphe 82 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les résidents, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

6. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Aux termes de la disposition 261 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes, en particulier en ce qui touche la prévention et la gestion des chutes.

Aux termes du paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire du permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoive chaque année la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi.

Une PSSP qui prodiguait des soins directs aux personnes résidentes n'a pas reçu chaque année une formation supplémentaire portant spécifiquement sur la prévention et la gestion des chutes, qui est pourtant une condition à respecter pour continuer d'avoir des contacts avec les personnes résidentes.

Sources : Entretiens avec une PSSP et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 011 – 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.

Un membre du personnel a tenté d'aider une personne résidente à s'asseoir en tirant sur son bras, comme le montre une vidéo captée en octobre 2025. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé qu'il ne s'agissait pas d'une technique de transfert et de changement de position sécuritaire.

Sources : Examen de l'enregistrement vidéo; entretiens avec la PSSP et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le foyer mette en place un programme de prévention et de gestion des chutes qui, au minimum, prévoit des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance des personnes résidentes, et à ce que ce

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

programme soit respecté.

La page 2 de la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (Falls Prevention & Management policy) contient des directives qui stipulent que le membre du personnel infirmier doit faire ce qui suit :

3. Après avoir réalisé l'évaluation détaillée des risques de chute, mettre à jour le programme de soins en y inscrivant des interventions de prévention des chutes prévues spécifiquement pour la personne résidente en fonction des avis interprofessionnels.

[Traduction]

On a omis de mettre en œuvre les stratégies du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis pour une personne résidente présentant un risque élevé de chute lorsque celle-ci a été admise au foyer.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente; politique de prévention et de gestion des chutes du foyer; entretiens avec une PSSP et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect de : l'alinéa 103 d) 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 :

d) elle indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soient respectées.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

La politique écrite du titulaire de permis, établie aux termes de l'article 25 de la Loi, qui vise à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et qui précise la façon dont les allégations de mauvais traitements et de négligence feront l'objet d'une enquête, n'a pas été respectée.

Après avoir été informé d'allégations de mauvais traitements ou de négligence à l'endroit d'une personne résidente, le foyer a omis d'ouvrir une enquête en demandant à toute personne au courant de la situation ou impliquée dans celle-ci de rédiger une déclaration décrivant l'incident de manière précise, de la signer et de la dater.

Sources : Entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers; politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence et liste de contrôle connexe.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

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

Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, article 105, paragraphe 390 (2).

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que l'on a omis d'aviser immédiatement le service de police concerné d'un incident allégué de mauvais traitements ou de négligence à l'endroit d'une personne résidente survenu en octobre 2025.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente; entretien avec une ou un IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

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

Non-respect de : la disposition 108 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

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

La lettre d'accusé de réception de la plainte concernant une personne résidente, envoyée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte, n'indiquait pas la date limite à laquelle le plaignant pouvait raisonnablement s'attendre à un règlement.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente, lettre de réponse du foyer au plaignant et entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : la disposition 115 (3) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.

En août 2025, on a omis d'informer immédiatement la directrice ou le directeur de la disparition d'une personne résidente, ce qu'a confirmé la ou le DSI par intérim.

Sources : Rapport présenté après les heures de bureau; entretien avec la ou le DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 017 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 115 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Article 115 (6) – Le titulaire de permis veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, ou toute autre personne désignée par l'un ou l'autre soit avisé promptement d'une lésion ou d'une maladie grave qu'a le résident, conformément aux directives fournies par la ou les personnes qui doivent en être avisées. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 115 (6).

En octobre 2025, on a omis d'informer rapidement le mandataire spécial de la personne d'un changement dans l'état de santé de cette dernière. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a déclaré que le mandataire spécial aurait dû être informé au moment de l'incident, mais les documents montrent que l'on n'a pas communiqué avec celui-ci avant la visite du médecin plus tard dans la journée.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente; entretiens avec l'IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 018 – 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).

En septembre, octobre et novembre 2025, on a constaté qu'une personne résidente

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

avait en sa possession un médicament qui ne lui avait pas été retiré conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Sources : Dossier du foyer sur les incidents liés aux médicaments concernant la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Cannabis récréatif

Problème de conformité n° 019 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 142 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**Cannabis récréatif**

Paragraphe 142 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mises en place des politiques et marches à suivre écrites régissant, en ce qui concerne les résidents, la culture, l'obtention, la consommation, l'administration, la possession, l'entreposage et la disposition du cannabis récréatif conformément à toutes les lois applicables, notamment la *Loi sur le cannabis* (Canada), et au *Règlement sur le cannabis* (Canada).

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer qu'on respectait les politiques écrites élaborées pour le programme de cannabis récréatif. Plus précisément, la politique du foyer en matière de substances récréatives stipule que la directrice générale ou le directeur général et/ou la ou le DSI doit procéder à une évaluation des risques, et que le personnel infirmier doit s'assurer que les substances et le matériel connexe sont stockés dans un endroit sûr en tout temps et qu'il doit mettre à jour le programme de soins de la personne résidente en ce qui concerne les substances à usage récréatif que la personne résidente choisit de consommer.

Plus précisément, en août 2025, les membres du personnel ont pris connaissance du fait qu'une personne résidente consommait du cannabis à des fins récréatives. La ou le DSI par intérim a confirmé qu'aucune évaluation des risques n'avait été effectuée pour la personne résidente. Les notes sur l'évolution de la situation confirment que l'on a fourni à la personne résidente quelques jours plus tard une boîte avec verrou pour qu'elle y range son cannabis de façon sécuritaire, et on a mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour y inscrire sa consommation de cannabis 15 jours

après que l'on a pris connaissance du fait qu'elle en possédait et en consommait.

Sources : Politique en matière de substances récréatives; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la ou le DSI par intérim.

AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers

Problème de conformité n° 020 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 356 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356 (5) – Le titulaire de permis qui a obtenu l'approbation du directeur visée au paragraphe (3) veille à ce que les travaux soient effectués conformément aux plans ou aux devis et au plan de travail fournis en application du paragraphe (4).

La directrice ou le directeur a approuvé le plan de travail du titulaire de permis relativement à la peinture dans les aires communes. Le plan opérationnel approuvé indiquait que des mesures de sécurité pour les personnes résidentes seraient mises en place, notamment que toutes les aires devant être peinturées seraient entièrement couvertes de toiles en polyéthylène allant du plancher au plafond afin d'empêcher la propagation de la poussière, des particules de peinture et des émanations dans les aires accessibles aux personnes résidentes et aux membres du personnel.

En novembre 2025, une inspectrice ou un inspecteur a constaté que les travaux n'étaient pas effectués conformément au plan. Les travaux de peinture avaient commencé dans les aires communes entre deux aires réservées aux personnes résidentes. Dans le cadre de plusieurs démarches d'observation, on a constaté que des personnes résidentes se trouvaient dans l'aire commune pendant les travaux sans que l'on ait installé de toiles en polyéthylène du plancher au plafond, comme l'indique pourtant le plan opérationnel approuvé.

La directrice générale ou le directeur général a confirmé que les travaux seraient interrompus jusqu'à ce que la toile en polyéthylène soit appliquée conformément au plan opérationnel.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Sources : Plan opérationnel approuvé pour la peinture; démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Température ambiante

Problème de conformité n° 021 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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 ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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 du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD] :

Le plan doit comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants : Le titulaire de permis doit préparer et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le plan doit comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

A. Rechercher la cause des températures ambiantes basses dans les cinq chambres relevées et mettre en œuvre des mesures correctives.

B. Examiner la procédure écrite de surveillance de la température ambiante du titulaire de permis et la mettre à jour afin d'y inclure des détails sur le calibrage de l'équipement utilisé pour mesurer la température et sur le processus à suivre pour mesurer la température.

C. Veiller à ce que le personnel mesure la température ambiante dans les zones de la chambre où les personnes résidentes dorment ou se reposent, comme la table de chevet ou l'accoudoir d'un fauteuil confortable.

D. Dans la semaine suivant la réception du présent ordre de conformité, mesurer et documenter les températures ambiantes à l'aide d'un appareil calibré en suivant la procédure énoncée au point B.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

E. Mettre en œuvre des mesures correctives, y compris des interventions définies, pour assurer la sécurité et le confort des personnes résidentes si les températures tombent en dessous de 22 °C.

F. Deux semaines après la réception du présent ordre de conformité, mettre en œuvre un programme de surveillance amélioré afin de mesurer et de consigner la température ambiante dans chaque chambre à coucher (ou près des lits dans les chambres partagées) au moins une fois par semaine. Poursuivre ce programme jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'on s'est conformé à cet ordre de conformité.

G. En fonction des responsabilités des membres du personnel, donner à ceux-ci une formation d'appoint sur l'obligation du titulaire de permis de veiller à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 °C, y compris sur leur rôle (le cas échéant) dans la surveillance de la température et le signalement des températures inférieures à la température minimale en vue d'un suivi immédiat. Dans le cadre de la formation, passer en revue la procédure écrite de mesure de la température ambiante à l'aide d'un appareil calibré.

H. Conserver dans un dossier de l'information détaillée sur tous les aspects du plan. Par exemple : les dates de la formation, le contenu de celle-ci, les participants et le formateur; les dates et heures approximatives des vérifications de la température, les lieux et les mesures correctives prises.

Veuillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2025-1364-0007 à l'inspectrice concernée ou à l'inspecteur concerné des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel à l'adresse ottawadistrict.mltc@ontario.ca d'ici le 29 décembre 2025.

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

Motifs

On a omis de veiller à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

En décembre 2025, une inspectrice ou un inspecteur a constaté que la température de deux chambres de personnes résidentes était inférieure à la température requise, soit 20,5 °C et 21 °C, respectivement. À une autre date en décembre 2025, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la température de trois chambres de personnes résidentes était inférieure à la température requise, soit 21,2 °C, 18,8 °C et 20,5 °C).

La personne responsable de l'entretien a déclaré que le foyer disposait d'un programme de surveillance de la température ambiante; cependant, les chambres où l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la température était inférieure à 22 °C n'ont pas été prises en compte dans le cadre du processus établi. La personne responsable de l'entretien a indiqué qu'elle ferait appel à un entrepreneur pour résoudre le problème de chauffage dans les chambres des cinq personnes résidentes concernées.

Sources : Démarches d'observation dans les aires réservées aux personnes résidentes à l'aide d'un thermomètre pour mesurer la température ambiante; entretien avec la personne responsable de l'entretien.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : **9 janvier 2026**

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8^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

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347 rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) 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 (Ontario) 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.