

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1304-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Villa Marconi Long Term Care Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Marconi, Ottawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21 et 22 janvier 2026

On a examiné le signalement suivant au cours de cette inspection sur une plainte :

Signalement : n° 00166093 – Signalement en lien avec des préoccupations concernant le programme de soins, des allégations de négligence et des chutes fréquentes.

On a examiné les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques (IC) :

Signalement : n° 00165675/IC : n° 2818-000029-25 – Signalement en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente, liées à des retards dans la réaction des membres du personnel au système de communication.

Signalement : n° 00166109/IC : n° 2818-000030-25 – Signalement en lien avec des allégations de traitements fournis d'une façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente, ce qui a entraîné une chute et une blessure.

Signalement : n° 00167717/IC : n° 2818-000001-26 – Signalement en lien avec l'obligation du titulaire de permis de transmettre les plaintes, de même que des préoccupations liées à des retards dans la réaction des membres du personnel au système de communication.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

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 (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.

Selon le programme de soins écrit d'une personne résidente, celle-ci devait utiliser un appareil d'aide à la mobilité pour tous les transferts et avait besoin d'une aide complète pour ce faire. Toutefois, d'après les démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et des entretiens avec des membres du personnel chargé des soins directs, on a constaté que les membres du personnel ne disposaient pas de directives claires concernant les besoins en matière de transfert de la personne résidente. En outre, on a déterminé que la personne résidente était incapable d'utiliser l'appareil d'aide à la mobilité en question.

L'inspectrice ou l'inspecteur a vu que l'on avait mis en place des mesures d'intervention pour la prévention des chutes auprès d'une personne résidente. Toutefois, le programme de soins écrit de cette personne ne contenait pas de directives claires pour l'utilisation de ces mesures d'intervention.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretien 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 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.

Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci avait besoin d'une aide complète pour tous les transferts et les soins personnels. Toutefois, à une date donnée, un membre du personnel a omis de lui fournir les soins prévus dans son programme de soins. En raison de cela, la personne résidente a fait une chute et a subi une blessure.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; rapport d'IC soumis.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

À des dates données, le foyer a reçu des plaintes écrites concernant les soins fournis à une personne résidente. Toutefois, il a omis de transmettre ces plaintes à la directrice ou au directeur.

Sources : Plaintes écrites reçues par le foyer; entretien avec des membres de la

direction.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

À des dates données, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente a constaté que cette dernière présentait de nouvelles lésions cutanées de cause inconnue. Ainsi, celle-ci ou celui-ci a fait part, au foyer, de sa crainte que les blessures aient été causées par des soins fournis de façon inappropriée ou incompétente. Le foyer avait donc des motifs raisonnables de soupçonner que des membres du personnel avaient administré un traitement ou des soins de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente. Toutefois, il a omis de signaler ses soupçons à la directrice ou au directeur.

Sources : Dossiers cliniques électroniques de la personne résidente; entretien avec des membres de la direction.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

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

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis

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

à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

À des dates données, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente a soumis, au foyer, des plaintes écrites concernant un préjudice ou un risque de préjudice mettant en cause la personne résidente. Toutefois, après un examen des notes d'enquête du foyer, on a constaté que l'on avait omis de mener une enquête immédiatement et qu'une fois lancée, cette dernière n'a jamais été terminée. De plus, selon les dossiers, on a omis de fournir une réponse à l'auteur de la plainte dans les 10 jours ouvrables qui ont suivi la réception des plaintes.

Sources : Plaintes écrites soumises par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente; entretien avec des membres de la direction; marche à suivre pour la gestion des plaintes au foyer (Complaint process LGM 1-10; révisée pour la dernière fois le 11 avril 2025).

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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.

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 25 (1) de la LRSLD (2021) [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :

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

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

1. La façon dont le foyer doit veiller à ce que les membres du personnel de première ligne sachent quand et comment signaler les allégations de mauvais traitement et de négligence.
2. La façon dont le foyer doit veiller à ce que tous les membres du personnel tenus de faire rapport à la directrice ou au directeur connaissent les définitions des mauvais traitements et de la négligence, les éléments à signaler à la directrice ou au directeur, le moment où ils doivent les signaler à la directrice ou au directeur et la méthode à utiliser pour ce faire.
3. La façon dont le foyer doit veiller à ce que l'on mène immédiatement une enquête sur tout incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence mettant en cause une personne résidente, y compris les plaintes concernant des allégations de mauvais traitements ou de négligence.
4. La façon dont le foyer doit veiller au respect de la marche à suivre pour la gestion des plaintes verbales ou écrites contenant des allégations de mauvais traitements ou de négligence.
5. La façon dont le foyer doit veiller à ce que l'on mène une enquête approfondie sur chaque allégation de mauvais traitements ou de négligence et à ce que l'on consigne les renseignements à ce sujet. Dans le cadre de ces efforts, on doit notamment rassembler les documents pertinents, mener des entretiens, consigner les entretiens et prendre une décision.
6. La façon dont le foyer doit veiller à ce que l'on communique les résultats de l'enquête aux personnes concernées et, s'il y a lieu, à ce que l'on fournisse une lettre de réponse conforme aux exigences législatives à l'auteur de la plainte.
7. La façon dont le foyer doit veiller à ce que tous les membres du personnel respectent en tout temps la politique du foyer à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy).
8. Toute vérification que le foyer doit élaborer et effectuer afin de veiller au respect à long terme de sa politique à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy).
9. La façon dont le foyer doit veiller à ce que les membres du personnel sachent comment et où consigner chaque tâche accomplie et à ce que l'on conserve les dossiers en question.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2026-1304-0001 à l'inspectrice concernée ou à l'inspecteur concerné des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel d'ici le 9 février 2026.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

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

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

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

Motifs

À une date donnée, une personne résidente a fait part, à un membre du personnel donné, d'allégations de négligence liées à des retards dans la réaction des membres du personnel au système de communication.

Conformément à la politique du titulaire de permis à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy) :

— Lorsqu'un membre du personnel a des raisons de penser qu'une personne résidente a subi un préjudice ou risque de subir un préjudice en raison de mauvais traitement ou de négligence, de l'administration d'un traitement ou de soins d'une façon inappropriée ou incompétente, ou d'un comportement illégal, il doit immédiatement faire part de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés à l'équipe de direction du foyer et à la directrice ou au directeur. Toutefois, ce n'est que le lendemain que l'on a fait part des allégations en question à l'équipe de direction du foyer. Par conséquent, le foyer n'a pas soumis immédiatement un rapport d'IC à la directrice ou au directeur.

— Lorsqu'un membre du personnel prend connaissance d'un incident soupçonné ou observé de mauvais traitements, celui-ci doit rédiger un rapport écrit (rapport d'incident présumé de mauvais traitements ou de négligence) [Suspected Abuse/Neglect Report] et le remettre à sa superviseuse ou son superviseur. Toutefois, lorsque cela s'est produit, le membre du personnel en question a omis de rédiger un rapport écrit contenant les renseignements requis le jour même.

— Le foyer doit immédiatement mener une enquête sur toute allégation de préjudice ou de risque de préjudice mettant en cause une personne résidente, y compris s'il s'agit du résultat de mauvais traitements ou de négligence, puis prendre toutes les mesures qui s'imposent. Toutefois, selon les dossiers, on a omis de mener immédiatement une enquête et de prendre les mesures appropriées pour réagir aux allégations de négligence susmentionnées.

— On doit mener des entretiens et consigner les renseignements à ce sujet. Toutefois, selon les dossiers, ce n'est que plusieurs semaines plus tard que l'on a mené un

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

entretien au sujet des allégations de négligence de la part de membres du personnel formulées par la personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec des membres de la direction; politique du foyer à propos des mauvais traitements et de la négligence (n° P-10; abuse and neglect policy), révisée pour la dernière fois le 14 mars 2025.

À des dates données, on a constaté qu'une personne résidente présentait de nouvelles lésions cutanées de cause inconnue.

Conformément à la politique du titulaire de permis à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy) :

— Lorsqu'un membre du personnel a des raisons de penser qu'une personne résidente a subi un préjudice ou risque de subir un préjudice en raison de mauvais traitement ou de négligence, de l'administration d'un traitement ou de soins d'une façon inappropriée ou incompétente, ou d'un comportement illégal, il doit immédiatement faire part de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés à l'équipe de direction du foyer et à la directrice ou au directeur. Toutefois, on a omis de signaler ces nouvelles lésions cutanées de cause inconnue à la directrice ou au directeur.

— Chaque plainte verbale soumise au foyer ou à un membre du personnel concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer est traitée et consignée dans le logiciel de réponse du service à la clientèle (Client Service Response). Toutefois, le foyer a omis d'utiliser le logiciel de réponse du service à la clientèle pour traiter la plainte verbale formulée par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente, plainte qui concernait les lésions cutanées de cause inconnue.

— Lorsqu'un membre du personnel prend connaissance d'un incident soupçonné ou observé de mauvais traitements, celui-ci doit rédiger un rapport écrit (rapport d'incident présumé de mauvais traitements ou de négligence) [Suspected Abuse/Neglect Report]. Toutefois, dans les dossiers, on n'a trouvé aucun rapport écrit au sujet de cet incident ou des préoccupations de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial de la personne résidente.

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 foyer doit immédiatement mener une enquête sur toute allégation de préjudice ou de risque de préjudice mettant en cause une personne résidente, y compris s'il s'agit du résultat de mauvais traitements ou de négligence, puis prendre toutes les mesures qui s'imposent. Toutefois, selon les dossiers, on a omis de mener immédiatement une enquête et de prendre les mesures appropriées pour réagir à ces blessures de cause inconnue.

— On doit mener des entretiens et consigner les renseignements à ce sujet. Toutefois, selon les dossiers, on n'a mené aucun entretien à ce sujet.

— Le rapport doit être remis à la directrice générale ou au directeur général ou à la vice-présidente ou au vice-président des opérations, qui doit prendre la décision quant au règlement définitif de la situation. Toutefois, aucun rapport n'a été remis à la directrice générale ou au directeur général ou à la vice-présidente ou au vice-président des opérations.

À une date donnée, un membre du personnel a omis de respecter le programme de soins d'une personne résidente. En raison de cela, la personne résidente a fait une chute et a subi une blessure.

Conformément à la politique du titulaire de permis à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy) :

— Le foyer doit immédiatement mener une enquête sur toute allégation de préjudice ou de risque de préjudice mettant en cause une personne résidente, y compris s'il s'agit du résultat de mauvais traitements ou de négligence, puis prendre toutes les mesures qui s'imposent. Puisqu'un membre du personnel a omis de respecter le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci a fait une chute et a subi une blessure. Toutefois, le foyer a omis de mener immédiatement une enquête à ce sujet.

— On doit mener des entretiens et consigner les renseignements à ce sujet. Toutefois, selon les dossiers, on a omis de mener un entretien au sujet des allégations de soins fournis de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente dont il est question.

— On doit communiquer le résultat, la décision, de même que toute mesure de suivi ou disciplinaire à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial de la personne

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

résidente. Toutefois, dans les dossiers, il n'y avait aucune information au sujet d'une quelconque communication avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial.

À des dates données, le foyer a reçu des plaintes écrites concernant des soins fournis d'une façon inappropriée à une personne résidente.

Conformément à la politique du titulaire de permis à propos des mauvais traitements et de la négligence (abuse and neglect policy) :

— Lorsqu'un membre du personnel a des raisons de penser qu'une personne résidente a subi un préjudice ou risque de subir un préjudice en raison de mauvais traitement ou de négligence, de l'administration d'un traitement ou de soins d'une façon inappropriée ou incompétente, ou d'un comportement illégal, il doit immédiatement faire part de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés à l'équipe de direction du foyer et à la directrice ou au directeur. Toutefois, on a omis de signaler, à la directrice ou au directeur, les préoccupations en question concernant des soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente.

— Chaque plainte officielle soumise au foyer ou à un membre du personnel concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer doit être traitée et consignée dans le logiciel de réponse du service à la clientèle (Client Service Response). Toutefois, il n'y avait aucune information concernant ces plaintes dans le logiciel en question.

— Le foyer doit immédiatement mener une enquête sur toute allégation de préjudice ou de risque de préjudice mettant en cause une personne résidente, y compris s'il s'agit du résultat de mauvais traitements ou de négligence, puis prendre toutes les mesures qui s'imposent. Toutefois, selon les dossiers, on a omis de mener immédiatement une enquête et de prendre les mesures appropriées pour réagir à ces plaintes reçues par le foyer.

— On doit mener des entretiens et consigner les renseignements à ce sujet. Toutefois, selon les dossiers, on n'a mené aucun entretien au sujet des plaintes en question.

Sources : Dossiers médicaux cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; rapport d'IC soumis; entretien avec des membres de la direction; politique du foyer à propos des mauvais traitements et de la négligence (n° P-10; abuse and neglect

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

policy), révisée pour la dernière fois le 14 mars 2025.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 23 mars 2026.

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

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée pour la raison suivante : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance de l'ordre en question.

Historique de la conformité :

Paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

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 notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

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

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) 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 :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

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) Effectuer une vérification écrite du programme de soins d'une personne résidente donnée, afin de veiller à ce que son programme prévoie ce qui suit :

— Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et le recensement des comportements déclencheurs, dans la mesure du possible.

— L'élaboration et la mise en œuvre de mesures d'intervention et de stratégies écrites visant à prévenir ou à réduire au minimum les comportements réactifs, ou à y réagir.

— La surveillance du comportement de la personne résidente et le respect des protocoles quant aux rapports internes.

— L'aiguillage vers des ressources spécialisées, au besoin.

— La consignation des comportements réactifs de la personne résidente et de ses réactions aux mesures d'intervention.

— Un examen des médicaments, au besoin.

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 dossier sur la vérification doit comprendre les renseignements suivants : le nom du membre du personnel qui l'a effectuée, la date, les constatations de la vérification et toutes les mesures correctives prises.

B) Offrir une formation à l'ensemble des membres du personnel autorisé et des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) d'un secteur donné. Cette formation doit porter sur toute modification apportée au programme de soins de la personne résidente suivant la précédente vérification. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la ou des personnes qui ont animé la formation et le nom des membres du personnel qui ont reçu la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

C) Offrir une formation à l'ensemble des membres du personnel autorisé et des PSSP d'un secteur donné. Cette formation doit porter sur les attentes concernant la gestion de toute personne résidente qui adopte des comportements réactifs, notamment la consignation de chaque incident dans le système de points de service ou PointClickCare, les évaluations et réévaluations, la surveillance du comportement, la mise à jour du programme de soins en y indiquant des stratégies écrites, la gestion des médicaments, le recensement des comportements déclencheurs, la consignation des réactions de la personne résidente et tout aiguillage nécessaire.

Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la ou des personnes qui ont animé la formation et le nom des membres du personnel qui ont reçu la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

D) Consigner dans un dossier toutes les mesures requises dans le présent ordre de conformité pour les points A), B) et C), et conserver le dossier jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée (MSLD) estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

Motifs

Une personne résidente a adopté des comportements réactifs à l'égard de membres du personnel alors qu'ils lui fournissaient des soins personnels. De plus, entre deux dates données, on a constaté que celle-ci présentait de nouvelles lésions cutanées.

Lors de ses démarches d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a été témoin ou informé(e) de plusieurs incidents au cours desquels la personne résidente avait adopté des comportements réactifs. Toutefois, après un examen des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, on a constaté que l'on n'avait pris aucune mesure pour répondre aux besoins de la personne. En effet, on a omis de surveiller son comportement, d'effectuer des évaluations et des réévaluations auprès d'elle, de consigner les incidents la concernant, de recenser les comportements déclencheurs, de mettre en œuvre des mesures d'intervention, de consigner ses réactions à toute mesure d'intervention ou de procéder à un aiguillage vers des services spécialisés.

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 23 mars 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 :

- 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

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

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.