

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 16 juillet 2025.

Numéro d'inspection : 2025-1183-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership by its general partner, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Village Green Nursing Home, Selby

RÉSUMÉ D'INSPECTION

Il s'agit d'un rapport d'inspection public modifié. Le changement qui a été apporté concerne le titre du problème de conformité n° 003 pour indiquer la référence exacte à l'obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 3, du 7 au 11, et du 14 au 16 juillet 2025.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00147024 – IC n° 2681-000010-25 – cas allégué de négligence envers des personnes résidentes de la part d'un membre du personnel;
- le registre n° 00149585 – IC n° 2681-000014-25 – chute d'une personne résidente occasionnant une blessure;
- le registre n° 00149805 – plainte relative à une chute de personne résidente et au fonctionnement d'un équipement.

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

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Le titulaire de permis n'a pas protégé des personnes résidentes contre de la négligence.

« Négligence » s'entend du défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Un jour déterminé de mai 2025, on a allégué qu'un membre du personnel faisait

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

preuve de négligence et n'avait pas fourni certains soins à deux personnes résidentes pendant son quart de travail, ce qui a été immédiatement signalé à l'infirmière ou à l'infirmier de l'unité. Un membre du personnel a confirmé que le membre du personnel présumé négligent avait continué de travailler pendant un certain nombre de quarts de travail, à la suite des incidents présumés de négligence. À une date différente de mai 2025, on a signalé à un membre du personnel une troisième allégation de négligence de la part du membre du personnel envers une personne résidente différente. À l'issue de l'enquête du foyer sur les incidents, les allégations de négligence se sont avérées fondées.

Sources : Examen du rapport d'incident critique, des horaires du personnel du foyer, et de la lettre de clôture de l'enquête interne du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*).

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

La politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) définit la négligence comme étant le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services, ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être; elle s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Un certain jour de mai 2025, on a allégué qu'un membre du personnel faisait preuve de négligence envers deux personnes résidentes et n'avait pas fourni des soins déterminés à ces personnes résidentes pendant son quart de travail, ce qui a été signalé à l'infirmière ou à l'infirmier de l'unité.

Plus précisément, le membre du personnel n'a pas respecté les marches à suivre figurant dans la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*) concernant les évaluations et la documentation ultérieure pour les incidents allégués de négligence.

Un membre du personnel a confirmé que l'on n'avait pas effectué d'évaluations pour l'une ou l'autre des personnes résidentes.

Sources : Examen des documents suivants : rapport d'incident critique, notes d'évolution pour les personnes résidentes, *Documentation Survey Reports* pour l'une des personnes résidentes, et politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les

personnes résidentes (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect of Residents*); entretiens avec des membres du personnel.

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

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

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fit immédiatement rapport au directeur lorsque l'on a soupçonné un cas de négligence envers deux personnes résidentes de la part d'un membre du personnel un certain jour de mai 2025.

Sources : Examen du rapport d'incident critique et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes 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, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté, pour une personne résidente, sa politique écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que sa politique écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes soit respectée.

Plus précisément, une évaluation postérieure à la chute (*Post Fall Investigation Assessment*), pour une chute de personne résidente qui s'était produite un jour déterminé de juin 2025, n'a pas été effectuée avant un certain jour de juillet 2025. La politique du foyer indiquait que l'évaluation postérieure à la chute doit être effectuée dans les 24 heures suivant la chute.

Également, lors de l'examen des évaluations des signes vitaux neurologiques après un traumatisme crânien pour la chute de juin 2025 de la personne résidente, il n'y avait aucun document attestant que l'on avait fait une certaine vérification requise pour l'évaluation des signes vitaux neurologiques après un traumatisme crânien.

Sources : Examen de l'évaluation postérieure à la chute (*Post Fall Investigation*

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

Assessment) de la personne résidente et des évaluations de ses signes vitaux neurologiques après un traumatisme crânien, politique intitulée évaluation des chutes et évaluation postérieure aux chutes de personnes résidentes (*Resident Falls and Post Fall Assessment*), et entretiens avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect de l'alinéa 56 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui nécessitait de l'aide à certains moments pour une tâche déterminée reçût du personnel l'aide voulue pour ladite tâche. Un certain jour de mai 2025, un membre du personnel a refusé d'aider la personne résidente à accomplir la tâche déterminée lorsque la personne résidente a demandé de l'aide.

Sources : Examen du rapport d'incident critique, de la lettre de clôture de l'enquête du foyer, et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

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

Non-respect de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes qui avaient besoin de soins déterminés reçoivent les soins en question. Un certain jour de mai 2025, on a constaté que deux personnes résidentes n'avaient pas reçu leurs soins requis, et à ce moment-là une des personnes résidentes avait exprimé de la gêne. On a allégué que le membre du personnel faisait preuve de négligence et n'avait pas fourni les soins déterminés à ces personnes résidentes pendant son quart de travail, ce qui a été constaté par le foyer.

Sources : Examen du rapport d'incident critique, examen des notes d'évolution d'une personne résidente et de la lettre de clôture de l'enquête interne du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

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

Non-respect du paragraphe 112 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (3). S'il n'est pas possible de fournir tout ce qu'exige le paragraphe (1) dans un rapport dans les 10 jours, le titulaire de permis fait un rapport préliminaire

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

au directeur dans ce délai et lui présente un rapport final dans le délai que précise le directeur.

Le titulaire de permis n'a pas présenté un rapport final au directeur dans le délai que précisait ce dernier.

Un certain jour de mai 2025, un rapport d'incident critique a été soumis concernant trois incidents allégués de négligence envers des personnes résidentes de la part d'un membre du personnel; deux de ces incidents avaient eu lieu un certain jour de mai 2025, et le troisième un jour différent de mai 2025. Le titulaire de permis n'a pas fourni un rapport final au directeur à l'issue de l'enquête menée par le foyer au sujet des incidents un certain jour de juin 2025.

Sources : Examen du rapport d'incident critique et entretien avec un membre du personnel.