

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 4 novembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1297-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Arch Long Term Care LP, par son partenaire général, Arch Long Term Care MGP, par ses partenaires, Arch Long Term Care GP Inc. et Arch Capital Management Corporation

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Wellington House Nursing Home, Prescott

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 27 au 31 octobre 2025, ainsi que 3 et 4 novembre 2025

L'inspection concernait les signalements de suivi ci-après :

– Signalement : n° 00158140 correspondant au suivi n° 1 en lien avec la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021) – Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

– Signalement : n° 00158141 correspondant au suivi n° 1 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021) – Obligation de protéger.

L'inspection concernait la plainte suivante :

– Signalement : n° 00158597 correspondant à une plainte en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre affectif à l'égard d'une personne résidente.

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

– Signalement : n° 00158949/2807-000029-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre physique et verbal à l'endroit d'une personne résidente.

– Signalement : n° 00159111/2807-000030-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre physique à l'endroit d'une 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

- Signalements : n° 00160611/2807-000034-25 et n° 00160896/2807-000035-25
- Signalements en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'endroit d'une personne résidente.

## **Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1297-0003 en lien avec la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1297-0003 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs

## **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 : la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on documente la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente, tout particulièrement en ce qui a trait aux vérifications de sécurité qui devaient être réalisées toutes les heures. En effet, lors de l'examen des documents d'octobre 2025 concernant 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 dans le système de points de service, on a constaté qu'il y avait plusieurs entrées manquantes, sur plusieurs jours.

**Sources :** Entretien avec un membre du personnel; examen des notes sur l'évolution de la situation et des documents d'octobre 2025 dans le système de points de service concernant la personne résidente.

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

Problème de conformité n° 002 – 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 (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 a omis de veiller à ce qu'on porte immédiatement à l'attention de la directrice ou du directeur un incident de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente, de la part de qui que ce soit, ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à cette personne.

Plus précisément, lors d'un jour donné en septembre 2025, on a fait part d'allégations de mauvais traitements d'ordre verbal à l'endroit d'une personne résidente. Cependant, ce n'est que deux jours plus tard que l'on a signalé le tout à la directrice ou au directeur.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente et des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

**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

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

**1)** Lorsqu'une personne résidente a adopté des comportements réactifs, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins de cette personne, y compris une évaluation, une réévaluation et des interventions, et à ce qu'on documente les réactions de la personne aux interventions.

Plus précisément, lors de l'examen des dossiers de santé de la personne résidente, on a constaté qu'il manquait de nombreuses entrées dans le système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) pour une période pendant laquelle on devait exercer une surveillance des comportements en septembre et en octobre 2025.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

**2)** Lorsqu'une autre personne résidente a adopté des comportements réactifs, le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins de cette personne, y compris une évaluation, une réévaluation et des interventions, et à ce qu'on documente les réactions de la personne aux interventions.

Plus précisément, lors de l'examen des dossiers de santé de cette autre personne résidente, on a constaté qu'il manquait, dans son cas aussi, de nombreuses entrées dans le système d'observation de la démence du Projet OSTC pour une période pendant laquelle on devait exercer une surveillance des comportements en septembre et en octobre 2025.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente; entretien avec un membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 004 – 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).

**1)** Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on avise immédiatement le service de police concerné de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente qui, selon ses soupçons, constituait une infraction criminelle.

Plus précisément, un incident allégué de mauvais traitements d'ordre physique à l'endroit d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente est survenu en septembre 2025. Cependant, ce n'est que le lendemain qu'on a signalé l'incident à la Police provinciale de l'Ontario (la Police provinciale).

**Sources :** Entretien avec un membre du personnel; examen des dossiers de santé de la personne résidente.

**2)** Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on avise immédiatement le service de police concerné de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente qui, selon ses soupçons, constituait une infraction criminelle.

Plus précisément, un incident allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'endroit d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente est survenu en octobre 2025. Cependant, ce n'est que quatre jours plus tard qu'on a signalé l'incident à la Police provinciale.

**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

**Sources :** Entretien avec un membre du personnel; examen des dossiers de santé de la personne résidente.