

**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 modifié Page couverture (M1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 28 avril 2025
<b>Date d'émission du rapport initial :</b> 20 mars 2025
<b>Numéro d'inspection :</b> 2025-1510-0001 (M1)
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique Suivi
<b>Titulaire de permis :</b> St. Patrick's Home of Ottawa Inc.
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> St. Patrick's Home, Ottawa

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :  
L'ordre de conformité (OC) n° 001 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, l'OC n° 004 en vertu de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22 et l'avis écrit (AE) n° 004 en vertu du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021) ont été modifiés de manière à supprimer les renvois au directeur.

**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 modifié (M1)

**Date d'émission du rapport modifié :** 28 avril 2025

**Date d'émission du rapport initial :** 20 mars 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1510-0001 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** St. Patrick's Home of Ottawa Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Patrick's Home, Ottawa

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :  
L'OC n° 001 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, l'OC n° 004 en vertu de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22 et l'AE n° 004 en vertu du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021) ont été modifiés de manière à supprimer les renvois au directeur.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 7, du 10 au 12, le 14, du 18 au 21 et du 24 au 27 février 2025, ainsi que le 3 mars 2025

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 13 février 2025

L'inspection de suivi a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00129044 – Suivi n° 1 de l'OC n° 001 donné dans l'inspection n° 2024-1510-0006 en vertu de l'alinéa 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021) et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 31 janvier 2025.

L'inspection faisant suite à une plainte a permis de fermer les demandes suivantes :

**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

- Demande n° 00136493, liée à des préoccupations concernant les soins liés à l'incontinence et la température ambiante de la chambre d'une personne résidente.
- Demande n° 00138982, liée à des préoccupations concernant la nutrition, les soins et une allégation de négligence envers une personne résidente.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00136809, liée à une éclosion.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la **NON**-conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1510-0006 en vertu de l'alinéa 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021).

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Rapports et 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 (ON) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559**RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS****AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Documentation**

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (g) de la *LRS LD* (2021).**

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) 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 n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins de deux personnes résidentes soit documentée comme il était requis.

N° 1 – L'examen du dossier d'une personne résidente dans PointClickCare (PCC) a révélé que lors des quarts de jour, de soir et de nuit d'un nombre précis de jours, les soins liés à l'incontinence, les soins d'hygiène du matin et du soir, les rondes de confort, les interventions liées aux chutes, l'ingestion d'aliments et de liquides, et d'autres soins prodigués à cette personne résidente n'avaient pas été documentés. L'entretien avec la présidente-directrice générale a confirmé que la documentation par le personnel était exigée à tous les quarts de travail.

**Sources :** Dossiers de soins de santé d'une personne résidente; y compris les documents dans PCC; entretien avec la présidente-directrice générale.

N° 2 – L'examen du dossier d'une autre personne résidente dans PCC a révélé que lors des quarts de jour et de nuit d'un nombre précis de jours, les soins liés à l'incontinence, les soins d'hygiène du matin et du soir, les rondes de confort, les interventions liées aux chutes, les changements de position, les comportements réactifs, l'ingestion d'aliments et de liquides, et d'autres soins prodigués à cette personne résidente n'avaient pas été documentés. L'entretien avec la présidente-directrice générale a confirmé que la documentation par le personnel était exigée à tous les quarts de travail.

**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 :** Dossiers de soins de santé d'une personne résidente, y compris les documents dans PCC; entretien avec la présidente-directrice générale.

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 26 (1) a) 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 :

a) il veille à ce que soit adoptée par écrit une marche à suivre conforme aux règlements relativement à la manière de porter plainte auprès de lui et à la façon dont il doit traiter les plaintes;

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique et ses marches à suivre écrites relativement à la manière de porter plainte auprès de lui et à la façon dont il doit traiter les plaintes verbales. Conformément au paragraphe 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que sa politique et ses marches à suivre écrites élaborées pour le processus de traitement des plaintes soient respectées. Plus précisément, la politique et la marche à suivre concernant la gestion des plaintes du titulaire de permis n'ont pas été respectées lorsqu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reçu une plainte verbale de la part du mandataire spécial d'une personne résidente au sujet de la température ambiante de la chambre de cette dernière. La politique définissait les plaintes verbales comme étant toute préoccupation ou tout problème souligné verbalement ou par courriel par une personne résidente, un mandataire spécial, un membre de la famille ou un visiteur, et indiquait que toutes les plaintes seraient documentées au moyen du système de suivi de la gestion des plaintes, en y consignant la préoccupation et les solutions établies. En outre, la politique stipule que les détails de la plainte peuvent être saisis dans un formulaire de plainte interne par un membre du personnel qui doit transmettre la plainte à un gestionnaire concerné ou par le gestionnaire lui-même aux fins de suivi interne. Ces aspects de la politique et de la marche à suivre concernant la gestion des plaintes du titulaire de permis n'ont pas été appliqués pour cette plainte verbale.

**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 :** Politique et marche à suivre concernant la gestion des plaintes (l'ADM F. 16.00; dernière révision en octobre 2023); ordre de travail; entretiens avec l'IAA, le directeur des soins et la vice-présidente adjointe des soins infirmiers.

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

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

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement au directeur une plainte écrite qu'il avait reçue concernant les soins fournis à une personne résidente à une date donnée. Le directeur n'en avait toujours pas été avisé à une date donnée.

**Sources :** Système de rapport d'incidents critiques (SIC); correspondance par courriel et entretien avec la présidente-directrice générale.

### **(M1)**

## **Le problème de conformité qui suit a été modifié : Problème de conformité n° 004**

### **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

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

### **Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)**

**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

## Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2024-1510-0006 donné le 10 octobre 2024 en vertu de l'alinéa 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021) et dont la date d'échéance de mise en conformité était le 31 janvier 2025.

Plus précisément, le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux conditions suivantes :

A) Consulter un exterminateur autorisé pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intensification formelle des efforts d'élimination des ravageurs dans les chambres de personnes résidentes et les aires communes comme les salles de spa, les salles de repos du personnel et les salons.

B) Donner à l'ensemble du personnel une formation en personne qui comprendra :

– Des renseignements qui renforcent l'importance d'éliminer les ravageurs morts de l'environnement;

– Un examen des attentes relatives au signalement formel des observations de ravageurs et l'assurance que chaque personne est équipée pour signaler immédiatement une observation et qu'un processus est en place pour permettre à la personne qui la signale d'être informée que des mesures ont été prises par la suite.

C) Documenter la formation donnée au personnel et consigner le nom des formateurs, la date et l'heure de la formation ainsi que la méthode de formation. Tous les membres du personnel du foyer doivent attester par leur signature qu'ils ont suivi la formation, et cette attestation doit être vérifiée par rapport à une liste principale du personnel du foyer afin de garantir une couverture à 100 %.

D) Mettre en œuvre un processus de vérification documenté à exécuter chaque semaine dans chaque chambre et chaque aire commune de chaque unité de soins pour s'assurer que toutes les surfaces sont maintenues dans un état propre et sanitaire. Poursuivre les vérifications jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre de conformité.

**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

E) Tous les aspects énoncés aux points A à D doivent être documentés, et des documents écrits doivent être conservés jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre de conformité est respecté.

A)

La personne responsable des services de soutien a affirmé que les marches à suivre et les protocoles du programme de lutte contre les ravageurs ont été élaborés dans le cadre du plan d'intensification des efforts d'élimination des ravageurs dans les chambres des personnes résidentes et les aires communes, conformément à l'ordre de conformité. La personne responsable des services de soutien a décrit les marches à suivre pour répondre aux observations de ravageurs telles qu'elles sont signalées pour la première fois dans un ordre de travail au moyen de Worx Hub, un logiciel de demande de travaux d'entretien, après quoi elles sont dirigées vers le chef des services d'entretien, qui les transmet à l'exterminateur autorisé par le biais d'une chaîne de courriels. Un dispositif de contrôle des ravageurs sera mis en place immédiatement dans la salle où l'observation a été faite, et il est attendu que ces dispositifs soient datés. La personne responsable des services de soutien a déclaré que la mise en place des dispositifs de contrôle des ravageurs incombait aux membres du personnel d'entretien ménager. Une fois mis en place, le dispositif de contrôle des ravageurs sera surveillé pendant trois ou quatre jours, ce qui permettra de vérifier s'il y a d'autres activités de ravageurs, et l'ordre de travail sera fermé dans Worx Hub si aucune autre activité n'est constatée, mais le dispositif restera dans la salle pour que les membres du personnel d'entretien ménager puissent le surveiller quotidiennement. À la suite de l'entretien avec la personne responsable des services de soutien, une inspectrice ou un inspecteur a noté que la marche à suivre concernant les membres du personnel d'entretien ménager n'avait pas été exposée de façon détaillée par écrit dans les marches à suivre et les protocoles. L'examen des dossiers dans Worx Hub ont révélé qu'une observation de ravageurs a été signalée pour une aire commune précise à une date donnée. Sept jours plus tard, une inspectrice ou un inspecteur n'a vu aucun dispositif de contrôle des ravageurs dans cette aire commune.

La partie 3 des marches à suivre et des protocoles concernant la prévention et l'exclusion des ravageurs (*Pest Prevention and Exclusion*) précisait que les dispositifs de contrôle des ravageurs mis en place par l'exterminateur ou les responsables de l'exploitation du bâtiment devaient être datés et faire l'objet d'un suivi afin de

**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

garantir la collecte de données exactes. En ce qui concerne cette exigence écrite, la personne responsable des services de soutien a reconnu qu'aucun système de suivi documenté pour les dispositifs de contrôle des ravageurs n'avait été mis en œuvre. La personne responsable des services de soutien a déclaré que chaque membre du personnel d'entretien ménager à temps plein devrait savoir où se trouvent les dispositifs de contrôle des ravageurs, mais une inspectrice ou un inspecteur a établi que ce n'était pas le cas. En voici des exemples :

– Un membre du personnel d'entretien ménager a déclaré qu'il n'y avait à sa connaissance que trois salles à un étage donné où il y avait des dispositifs de contrôle des ravageurs, ce qui ne comprenait pas la chambre d'une personne résidente où, à une date donnée, l'inspectrice ou l'inspecteur avait aperçu un dispositif non daté rempli de trois types différents de ravageurs morts. Le membre du personnel d'entretien ménager a ajouté qu'il avait compris que ces dispositifs devaient être vérifiés tous les mois.

– Un autre membre du personnel d'entretien ménager a affirmé que de nombreuses salles à un autre étage en particulier étaient munies de dispositifs de contrôle des ravageurs, mais que la seule façon de savoir lesquelles était de découvrir un dispositif en effectuant l'entretien ménager. Deux dispositifs de contrôle des ravageurs non datés ont été aperçus dans la chambre d'une personne résidente à une date donnée. Le membre du personnel d'entretien ménager ne savait pas à quelle fréquence les dispositifs devaient être vérifiés.

La partie 4 des marches à suivre et des protocoles concernant les rapports et les interventions (*Reporting and Response*) précise qu'à la réception d'un avis d'observation de ravageurs par le biais de Worx Hub, les responsables de l'exploitation du bâtiment communiqueront avec l'exterminateur en vue d'une enquête et du début d'un traitement dans les 24 heures suivantes. Il a été établi que cette exigence écrite n'avait pas été mise en œuvre. En voici des exemples :

– À une date donnée, l'observation d'un ravageur dans le tiroir du bas d'une personne résidente a été signalée par le biais de Worx Hub. Le chef des services d'entretien a signalé l'observation à l'exterminateur autorisé six jours plus tard. Avant la visite de l'exterminateur autorisé dans la chambre, une inspectrice ou un inspecteur et un membre du personnel d'entretien ménager se sont rendus dans la

**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

chambre de la personne résidente. Aucun dispositif de contrôle des ravageurs n'a été aperçu dans la chambre. Le membre du personnel d'entretien ménager a affirmé qu'il ne jouait aucun rôle dans la mise en place des dispositifs de contrôle des ravageurs et expliqué qu'il croyait que la personne responsable des services de soutien s'en chargerait.

– D'autres observations de ravageurs ont été signalées par le biais de Worx Hub, notamment une observation dans une salle à manger précise à une date donnée, une observation dans une salle de spa précise à une date donnée et une observation dans des toilettes précises à une date donnée. Le chef des services d'entretien a signalé ces observations à l'exterminateur autorisé cinq jours plus tard.

– À une date donnée, une inspectrice ou un inspecteur a aperçu un dispositif de contrôle des ravageurs sous un évier dans une salle à manger précise qui datait de cinq mois auparavant et sur lequel se trouvaient deux ravageurs morts. Un autre dispositif ayant la même date a également été aperçu à l'intérieur d'une armoire située à côté d'un petit réfrigérateur avec trois ravageurs morts. Ces observations ont été signalées par une autre inspectrice ou un autre inspecteur lors d'un entretien à la personne responsable des services de soutien, qui a confirmé qu'aucune observation n'avait été signalée pour ces aires au moyen de Worx Hub. À une date donnée, ces observations n'avaient pas été signalées à l'exterminateur autorisé.

– À une date donnée, une inspectrice ou un inspecteur a aperçu sous l'armoire d'une personne résidente un dispositif de contrôle des ravageurs datant de quatre mois auparavant et sur lequel se trouvait un ravageur mort. Le mandataire spécial de la personne résidente a déclaré qu'il n'avait aperçu aucun ravageur mort sur ce dispositif depuis trois semaines avant l'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur. La personne responsable des services de soutien a reconnu qu'aucune observation n'avait été signalée pour la chambre de cette personne résidente depuis cinq mois avant l'observation. À une date donnée, la chaîne de courriels utilisée par le foyer pour signaler les observations à l'exterminateur autorisé ne mentionnait pas l'observation signalée par l'inspectrice ou l'inspecteur dans la chambre de la 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 (ON) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Par conséquent, les marches à suivre et les protocoles élaborés en réponse à l'ordre de conformité en vue de l'intensification des efforts d'élimination des ravageurs n'ont pas été entièrement mis en œuvre et n'illustraient pas entièrement les marches à suivre utilisées alors au foyer.

B)

Le matériel consigné de formation sur les ravageurs a été examiné et n'englobait pas d'information sur l'importance de retirer les ravageurs morts de l'environnement. Un membre du personnel qui a participé à la formation du personnel n'avait pas eu comme directive de passer en revue avec celui-ci l'importance de retirer les ravageurs morts de l'environnement. La personne responsable des services de soutien qui a rédigé le matériel de formation sur la lutte contre les ravageurs a déclaré que cette information était sous-entendue dans la section sur le protocole d'assainissement du matériel.

La personne responsable des services de soutien a précisé que la partie 4 des marches à suivre et des protocoles du programme de lutte contre les ravageurs avait été transmise au personnel pendant les séances de formation afin de passer en revue les attentes liées au signalement officiel des observations de ravageurs. La personne responsable des services de soutien a affirmé que le processus courant de signalement des observations de ravageurs consistait à les soumettre au moyen de Worx Hub, mais que les membres du personnel n'avaient pas tous un accès individuel à ce logiciel, comme elle l'avait indiqué. Le chef des services d'entretien a confirmé que le personnel des services de buanderie, le personnel d'entretien ménager, les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et les aides en diététique ne bénéficiaient pas d'un accès individuel à Worx Hub et devaient donc signaler leurs observations au personnel autorisé ou à un superviseur qui les transmettrait en leur nom. De plus, si la personne signalant une observation faisait partie du personnel susmentionné, elle n'était pas informée de la suite donnée à son signalement, à moins qu'elle ne demande au membre du personnel l'ayant transmis en son nom d'en faire la vérification pour elle. Le chef des services d'entretien a déclaré qu'au moment où des membres du personnel autorisé ou des superviseurs transmettaient une observation au moyen de Worx Hub, l'utilisateur était tenu de cocher la case visible pour le demandeur afin de recevoir des notifications par courriel concernant les mises à jour dans l'ordre de travail. À une date donnée, une IAA a signalé, par le biais de Worx Hub, l'observation d'un

**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

ravageur sur l'appareil d'aide à la mobilité d'une personne résidente. À une autre date donnée, l'IAA n'a pas su, dans un premier temps, comment retrouver l'ordre de travail pour l'observation qu'elle avait signalée, et une fois trouvé, l'ordre de travail n'englobait aucun renseignement sur les mesures prises, hormis le fait que son statut avait été modifié pour devenir « en attente ». Par conséquent, cette section n'a pas satisfait à l'élément de la formation de l'ordre de conformité, car les membres du personnel n'étaient pas tous équipés individuellement pour signaler immédiatement les observations de ravageurs, et le matériel de formation ne comprenait non plus aucun processus permettant à la personne ayant signalé l'observation d'être informée que des mesures avaient été prises par la suite.

D)

L'examen des vérifications des services d'entretien ménager a montré qu'elles avaient commencé lors d'une semaine précise et que neuf vérifications de chambres de personnes résidentes avaient été effectuées. Les vérifications hebdomadaires dans chaque chambre de personne résidente n'ont commencé que deux semaines plus tard. Aucune vérification documentée n'a été effectuée chaque semaine dans chaque aire commune jusqu'à ce qu'une inspectrice ou un inspecteur s'entretienne au cours de l'inspection avec le coordonnateur de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, qui a reconnu que les vérifications documentées des aires communes n'avaient pas été réalisées. Les observations faites par deux inspecteurs tout au long de l'inspection ont démontré que les vérifications susmentionnées ne permettaient pas de garantir que les surfaces dans les chambres de personnes résidentes et les aires communes étaient maintenues dans un état propre et sanitaire.

Une inspectrice ou un inspecteur a fait les observations suivantes à deux dates précises :

Dans la chambre d'une personne résidente, il y avait une forte odeur d'urine provenant d'une culotte souillée qui avait été déposée ouverte sur le dessus de la poubelle. Une PSSP a précisé que le personnel du quart de nuit avait administré les soins du matin à la personne résidente.

Dans 12 chambres de personnes résidentes, les murs étaient sales et présentaient des taches de matières sèches. Ce problème était plus prononcé dans quatre chambres de personnes résidentes.

**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

Dans la chambre d'une personne résidente, le tiroir et les surfaces de la table de nuit ainsi que l'oreiller en coin adossé au mur près de la fenêtre étaient sales et présentaient des taches de matières et de débris accumulés. Le cadre inférieur du lit de la personne résidente, sous la tête du lit, était sale et présentait des taches de matières sèches accumulées.

Dans la chambre d'une personne résidente, le sol du placard était sale et couvert de poussière et de débris accumulés, et le cadre de lit inférieur était sale et présentait de la poussière accumulée et une tache de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, le pied du lit était sale et présentait des taches de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, le cadre de lit inférieur était sale et laissait voir de la poussière accumulée, des cheveux et quelques taches de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, les trois oreillers du lit étaient sales et présentaient des matières sèches, et le couvre-lit sous les oreillers était taché.

Dans la chambre d'une personne résidente, l'oreiller était sale et présentait des taches de matières sèches, tout comme le côté supérieur droit de la couverture.

Dans la chambre d'une personne résidente, l'appareil d'aide à la mobilité (déambulateur) était très sale et recouvert de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, le sol du placard était sale et laissait voir de la poussière et des débris accumulés.

Dans deux chambres de personnes résidentes, les cadres de lit inférieurs étaient sales, et des cheveux s'étaient accumulés grandement dans la zone des roues.

Dans trois chambres de personnes résidentes, les rideaux des fenêtres étaient sales et présentaient des taches de matières sèches.

**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

Dans la chambre de trois personnes résidentes, les rideaux de séparation étaient sales et exhibaient des taches de matières sèches.

Les moquettes des aires suivantes étaient sales et présentaient des taches de matières sèches : dans une aire précise du foyer près du chariot des infirmières et des fauteuils situés à proximité des toilettes publiques; à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente et de l'autre côté du couloir; à l'extérieur de la chambre d'une autre personne résidente, dans le salon de l'aire désignée du foyer et à différents endroits dans cette aire (entrée du couloir menant à plusieurs chambres de personnes résidentes, à l'extérieur de trois salles précises), aux endroits désignés d'une autre aire du foyer (devant la salle des médicaments et à proximité des chaises situées tout près des toilettes publiques, à l'extérieur d'une salle précise), aux endroits désignés d'une autre aire du foyer (à l'extérieur de la salle des médicaments et de la salle de travail des infirmières, à l'extérieur de trois salles précises, à l'extérieur de la salle de spa).

Dans deux salles de pause du personnel, une accumulation importante de débris alimentaires a été aperçue sous le coussin de la chaise longue.

Dans une salle à manger, des aliments servis au petit-déjeuner (œufs) se trouvaient au sol sous la table d'une personne résidente lors du déjeuner. Le mur sous la télévision et autour de celle-ci, à la table de la personne résidente, était sale et couvert de matières accumulées, tout comme les pieds de la table. Des traces d'aliments servis au petit-déjeuner (muffin) se trouvaient au sol sous la table d'une autre personne résidente lors du déjeuner, les pieds de la table où la personne résidente était assise dans la salle à manger étaient sales et présentaient des traces d'aliments séchés, et la surface de la table où était assise une autre personne résidente était sale de liquide servi au petit-déjeuner.

Dans quatre salles à manger d'unité, il y avait une accumulation de matières sèches sur le mur à l'intérieur et à proximité de la salle où se trouvait du distributeur de désinfectant pour les mains, derrière le panier à vaisselle et au-dessus de la poubelle.

Dans six salons du foyer, les murs sous les fenêtres étaient sales et laissaient voir des matières sèches qui s'y étaient accumulées. Les moquettes de salon étaient

**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

sales et présentaient des taches de matières sèches dans deux des salons. Dans trois des salons, une ou plusieurs des chaises longues rembourrées étaient sales et montraient des taches de matières sèches. Dans un salon désigné du foyer, un ravageur mort a été aperçu sur le tapis au pied de l'étagère lors du premier jour des observations. La même situation a été constatée une seconde fois douze jours plus tard.

Une autre inspectrice ou un autre inspecteur a fait les observations suivantes : Dans la chambre d'une personne résidente, il y avait un mur sale qui laissait voir des matières sèches, une table sale couverte de débris et des rideaux sales qui présentaient des taches de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, il y avait un appareil d'aide à la mobilité très sale où se trouvaient des matières sèches, une table dont les pieds étaient couverts de matières sèches et un ventilateur portable sur pied qui laissait voir des matières sèches, et le rideau de séparation était sale et présentait des taches de matières sèches.

Dans la chambre d'une personne résidente, le téléphone était couvert de poussière et de matières sèches accumulées.

Dans la chambre d'une personne résidente, des débris et des déchets se trouvaient derrière le fauteuil de cette dernière et sous la table de nuit.

Dans la chambre d'une personne résidente, il y avait des débris au sol et derrière les meubles.

**Sources :** Observations des chambres de personnes résidentes et des aires communes; politique, marches à suivre et protocoles concernant la lutte préventive contre les ravageurs (*Preventive Pest Control Policy, Procedures and Protocols*) (publiés le 24 octobre 2024); chaîne de courriels entre le foyer et le préposé autorisé à la lutte contre les ravageurs; rapports de l'exterminateur autorisé; ordres de travail de Worx Hub; matériel de formation (ensemble de diapositives, document sur la biologie des ravageurs, marches à suivre et protocoles); vérifications; entretiens avec la personne responsable des services de soutien, le chef des services d'entretien, l'IAA, les membres du personnel d'entretien ménager, le coordonnateur

**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

de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, et d'autres membres du personnel.

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA n° 001)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'avis écrit (Problème de conformité n° 004)**

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 1 100 \$, 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 parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité**

Il n'y a pas d'historique de la conformité en lien avec le paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021) pour les 36 derniers mois.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification 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.

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes**

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

**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**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

## Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

1. Une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

N° 1 – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences générales énoncées au paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 en vertu de l'alinéa 11 (1) b) de ce même règlement soient respectées. En ce qui concerne précisément le programme structuré de services d'entretien au titre de l'article 19 de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis n'a pas respecté le programme écrit en ce sens où la politique sur les services d'entretien VII MNT-A-10.00 (*Maintenance Services Policy VII MNT-A-10.00*), dont la dernière révision remonte au 18 septembre 2017, n'a pas été respectée.

Pour ce qui est de la demande n° 00136493, un ordre de travail d'une demande de travaux d'entretien liée à une plainte portant sur la température dans la chambre d'une personne résidente a été examiné. Les notes d'achèvement indiquaient que la personne responsable du programme d'entretien avait terminé sa partie à une date donnée. D'après une discussion avec la personne responsable du programme d'entretien, les détails des mesures prises en réponse à une demande de travaux d'entretien ne sont pas documentés.

La description écrite du programme d'entretien du foyer comprend la politique sur les services d'entretien VII MNT-A-10.00. Conformément à la politique, il doit y avoir des marches à suivre écrites décrivant le processus d'envoi, de réception et de documentation des demandes de travaux d'entretien.

Selon la discussion et la communication par courriel avec la personne responsable du programme d'entretien, aucune marche à suivre écrite décrivant le processus

**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

d'envoi, de réception et de documentation des demandes de travaux d'entretien n'a été élaborée.

**Sources :** Examen des dossiers – politique sur les services d'entretien VII MNT-A-10.00 (*Maintenance Services Policy VII MNT-A-10.00*), dont la dernière révision remonte au 18 septembre 2017, ordre de travail, communication par courriel avec la personne responsable du programme d'entretien, entretien avec la personne responsable du programme d'entretien.

N° 2 – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences générales énoncées au paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 concernant le programme structuré de services d'entretien ménager en vertu de l'article 19 de la *LRSLD* (2021) soient respectées. Plus précisément, la description écrite du programme de services d'entretien ménager ne prévoyait pas de méthodes de suivi des résultats.

Selon une communication par courriel avec la personne responsable des services de soutien, la politique écrite sur la vérification Gold Check HSK 10.05 (*HSK 10.05 Gold Check Audit*) indiquée dans la table des matières du programme d'entretien ménager pour la section sur la gestion de la qualité n'a pu être trouvée. La personne responsable des services de soutien a affirmé que la politique s'appliquait à un ancien programme et que la référence à cette politique devait être supprimée de la table des matières. Elle a ajouté qu'un nouveau format de vérification pour le programme de services d'entretien ménager était en voie d'être lancé.

**Sources :** Examen des dossiers; communication par courriel avec la personne responsable des services de soutien; éléments pertinents du programme écrit de services d'entretien ménager transmis par courriel par la personne responsable des services de soutien; document non daté sur l'index de la politique sur les services d'entretien ménager du foyer St. Patrick à Ottawa (*A- St. Patrick's Home of Ottawa – Housekeeping Policy Index*).

N° 3 – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences générales énoncées au paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 concernant le programme structuré de services de buanderie en vertu de l'article 19 de la *LRSLD* (2021) soient respectées. Plus précisément, la description écrite du programme de services de buanderie ne prévoyait pas de méthodes de suivi des résultats.

**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

Selon une communication par courriel avec la personne responsable des services de soutien, la description écrite du programme de services de buanderie comprenait le formulaire de vérification du linge de maison E-10.01 (A) (*Linen Audit Form – E-10.01 (A)*), dont la dernière révision remonte au 12 septembre 2017, mais aucune marche à suivre connexe ne décrivait la façon dont le formulaire devait être utilisé, ni le moment où il devait l'être et qui devait s'en servir. La personne responsable des services de soutien a confirmé qu'il n'y avait aucun système de vérification en place pour le programme de services de buanderie et que ce dernier faisait l'objet d'une restructuration en 2025.

**Sources :** Examen des dossiers; communication par courriel avec la personne responsable des services de soutien; éléments pertinents du programme écrit de services de buanderie transmis par courriel par la personne responsable des services de soutien.

**AVIS ÉCRIT : Bain**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente prenne un bain au moins deux fois par semaine. Plus précisément, les images de vidéosurveillance fournies par le foyer pour la personne résidente à une date donnée ont confirmé qu'elle ne s'était pas fait offrir de bain pendant le quart de soir. Une PSSP a déclaré que selon les documents dans PCC, la personne résidente avait refusé un bain, mais cette information s'est avérée incorrecte.

**Sources :** Images de vidéosurveillance; dossiers de soins de santé de la 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 (ON) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**AVIS ÉCRIT : Méthodes de communication**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 47 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Méthodes de communication

Article 47. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins des résidents dont l'aptitude à communiquer et à verbaliser est compromise, des résidents ayant une déficience cognitive et des résidents qui ne peuvent pas communiquer dans la ou les langues utilisées au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient mises en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins d'une personne résidente dont l'aptitude à communiquer et à verbaliser était compromise.

La correspondance par courriel a confirmé que le coordonnateur des services aux personnes résidentes et aux familles avait retardé le suivi auprès de l'équipe de réadaptation qui tentait d'aider le foyer à mettre en place le système de communication pour la personne résidente. En raison de ce retard, le système de communication n'a pas été en place pour la personne résidente pendant une période donnée de plusieurs mois. Les entretiens avec le personnel et les dossiers de documentation dans PCC concernant la personne résidente confirment que celle-ci continue d'éprouver du mal à communiquer avec le personnel.

**Sources :** Correspondance par courriel; dossiers de soins de santé de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 77 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

- a) trois repas par jour;

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois repas par jour soient offerts à une personne résidente.

Plus précisément, les images de vidéosurveillance de la personne résidente ont confirmé que le déjeuner ne lui avait pas été offert pendant cinq jours au cours d'une période donnée. Le programme de soins écrit dans PCC comprenait des instructions selon lesquelles le personnel devait offrir à déjeuner à la personne résidente en tenant compte de risques alimentaires, et le diététiste professionnel (Dt.P.) a confirmé cette exigence.

**Sources :** Images de vidéosurveillance de la personne résidente; dossiers de soins de santé de la personne résidente; entretien avec le Dt.P.

### **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 77 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

- c) une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit offerte à une personne résidente une collation l'après-midi.

Plus précisément, les images de vidéosurveillance de la personne résidente ont confirmé qu'elle ne s'était pas fait offrir une collation l'après-midi pendant dix jours au cours d'une période donnée. Le Dt.P. a confirmé que la personne résidente présentait un risque lié à l'alimentation et à l'hydratation, comme l'indiquait son programme de soins écrit.

**Sources :** Images de vidéosurveillance de la personne résidente; dossiers de soins de santé de la personne résidente; entretien avec le Dt.P.

### **AVIS ÉCRIT : État du linge de maison**

**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° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 95 (1) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le linge de maison, les débarbouillettes et les serviettes de bain sont toujours propres et sanitaires et sont maintenus en bon état et exempts de taches et d'odeurs;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissaient que le linge de maison était maintenu en bon état.

À une date précise, il a été constaté que l'oreiller d'une personne résidente était considérablement fissuré et que le drap de lit d'une autre personne résidente était déchiré à plusieurs endroits.

À une date précise, il a été constaté que la couverture d'une personne résidente avait une grande déchirure et que le drap de lit était déchiré à plusieurs endroits, y compris sur toute la longueur du lit.

À une date précise, des draps de lit déchirés ont également été aperçus sur le lit de trois personnes résidentes.

**Sources :** Observations des lits de personnes résidentes.

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

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

**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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soit respectée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un soutien soit offert aux personnes résidentes pour qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant de prendre leurs repas et leurs collations conformément au point h) de l'exigence supplémentaire 10.4 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (avril 2022).

Plus précisément, à deux dates précises, les personnes résidentes d'une aire donnée du foyer n'ont pas reçu d'aide pour se laver les mains avant le déjeuner.

**Sources :** Observations faites dans une aire donnée du foyer et entretien avec la personne responsable de la PCI par intérim.

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 108 (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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente fasse l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et à ce qu'une réponse soit donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte.

**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

Une plainte concernant les soins fournis à la personne résidente a été formulée par courriel à une date précise auprès de la présidente-directrice générale, qui a reconnu qu'il n'existait aucun dossier selon lequel la plainte avait fait l'objet d'un règlement et qu'une réponse avait été donnée à l'auteur de la plainte dans les 10 jours ouvrables suivants.

**Sources :** Correspondance par courriel; entretien avec la présidente-directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 140 (3) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (6), le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à un résident au foyer, sauf si, selon le cas :

b) dans le cas de l'administration d'un médicament sans accomplissement d'un acte autorisé dans le cadre du paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la personne est, selon le cas :

i) un membre d'une profession de la santé réglementée et agit dans le cadre de l'exercice de sa profession,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à une personne résidente au foyer, à moins que cette personne ne soit membre d'une profession de la santé réglementée et agisse dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Plus précisément, les images de vidéosurveillance couvrant une période donnée ont indiqué que pendant sept jours, une PSSP avait administré des médicaments à une personne résidente. La vice-présidente adjointe des soins infirmiers a confirmé que les images étaient exactes, et la présidente-directrice générale a confirmé que la politique courante du foyer précisait que seuls les membres du personnel autorisé pouvaient administrer des médicaments par voie orale aux personnes résidentes.

**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 :** Images de vidéosurveillance; politique en matière d'administration de médicaments IX NSG G 10.00 (*Administering Medications Policy: IX NSG G 10.00*); entretiens avec la vice-présidente adjointe des soins infirmiers et la présidente-directrice générale.

**(M1)**

**Le problème de conformité qui suit a été modifié : Problème de conformité n° 014**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

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, par. 140 (2).

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit :

A) Veiller à ce que tous les membres du personnel autorisé qui participent à l'administration de médicaments pour une personne résidente en particulier reçoivent une formation portant notamment sur tous les aspects de l'administration de médicaments, y compris les processus du foyer liés à la participation des PSSP à l'administration de médicaments, et à ce que cette formation soit donnée par une \*personne qualifiée.

B) Examiner et vérifier les dossiers documentés de médicaments de la personne résidente en particulier qui ont été remplis par tous les membres du personnel autorisé à tous les quarts de travail, à la fin de leur formation obligatoire, pour veiller à ce que la personne résidente reçoive les médicaments tels qu'ils ont été prescrits et à ce que tous les aspects de la documentation concernant la personne résidente soient exacts.

**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

C) Prendre des mesures correctives immédiates si des écarts par rapport au programme de soins sont constatés.

D) Tenir un dossier écrit de tout ce qui est exigé aux points A à C de l'ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ** : Aux fins de l'application de ces ordres, la \*personne qualifiée qui donnera la formation au personnel autorisé doit être minimalement une infirmière autorisée qui fait partie du personnel permanent du foyer.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Les images de vidéosurveillance fournies par le foyer ont montré qu'il y avait eu 13 jours au cours d'une période donnée où les médicaments à administrer à une heure donnée à la personne résidente ne lui avaient pas été administrés. Plus précisément, trois médicaments prescrits à la personne résidente pour différents problèmes de santé ne lui ont pas été administrés à ces dates. Selon le registre d'administration des médicaments, la personne résidente aurait reçu les médicaments à ces dates, comme l'a faussement consigné une IAA.

La vice-présidente adjointe des soins infirmiers a confirmé que les images étaient exactes et que les documents de l'IAA ne l'étaient pas, car la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments à ces dates et à l'heure précisée.

**Sources** : Images de vidéosurveillance; dossiers de soins de santé de la personne résidente; entretien avec la vice-présidente adjointe des soins infirmiers.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2025.**

**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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 002 Programme de soins**

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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.

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit :

- A) Veiller à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente en particulier soit révisé dans les trois jours suivant l'application de l'ordre de conformité, ce qui comporte le recours à une approche interdisciplinaire touchant notamment le coordonnateur RAI, un Dt.P., une infirmière autorisée, une PSSP du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), la vice-présidente adjointe des soins infirmiers, la vice-présidente des soins infirmiers et d'autres membres du personnel qui connaissent les besoins en soins directs de la personne résidente.
- B) Veiller à ce que toutes les interventions en cours soient révisées et mises à jour, au besoin, en fonction des besoins actuels de la personne résidente.
- C) Veiller à ce que l'ensemble des membres du personnel qui participent à l'administration des soins de la personne résidente examinent minutieusement le programme de soins écrit mis à jour.
- D) Élaborer et mettre en œuvre un système de vérification quotidienne afin d'observer et d'assurer le respect par le personnel du programme de soins écrit de la personne résidente. Veiller à ce que les trois quarts de travail fassent l'objet d'une vérification au moins une fois par semaine. Cette vérification doit être effectuée jusqu'à ce que la conformité soit constante pendant une période minimale de quatre semaines.
- E) Prendre des mesures correctives immédiates si des écarts par rapport au programme de soins sont constatés.
- F) Tenir un dossier écrit de tout ce qui est exigé aux points A à E de l'ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**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**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Les images de vidéosurveillance fournies par le foyer pour la personne résidente ont montré que plusieurs aspects du programme de soins de cette dernière n'avaient pas été respectés au cours d'une période précise. Plus précisément, les interventions en cas de chute n'ont pas été effectuées à deux dates données. Le changement de position et l'aide à la mobilité de la personne résidente n'ont pas été respectés à deux dates données. Le personnel chargé des soins directs n'a pas suivi les interventions de la personne résidente consistant à lui proposer d'autres repas ou à demander à un autre membre du personnel chargé des soins directs de l'aborder de nouveau et de l'aider à déjeuner à six dates données. Il a été constaté que la personne résidente n'avait pas refusé le déjeuner à ces dates, ce qui contredit les documents fournis par le personnel chargé des soins directs.

Un entretien avec un Dt.P. confirme que la personne résidente est exposée à un risque alimentaire accru et que, par conséquent, le personnel devrait suivre les interventions énoncées dans son programme de soins. Les entretiens avec la vice-présidente adjointe des soins infirmiers, une IAA et une PSSP ont confirmé que la personne résidente affichait des comportements accrus, présentait une intégrité épidermique altérée, avait une mobilité réduite, était exposée à des risques alimentaires et de chute, et que, par conséquent, le personnel chargé des soins directs devrait suivre les interventions énoncées dans son programme de soins.

**Sources :** Images de vidéosurveillance; dossiers des soins de santé de la personne résidente; entretiens avec l'IAA, la PSSP, la vice-présidente adjointe des soins infirmiers et le Dt.P.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 avril 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Entretien**

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**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

**Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)**

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit :

A) Veiller à ce que, dans les sept jours suivant la réception de l'ordre de conformité, les dégradations constatées dans les trois salles à manger précisées du foyer soient corrigées.

B) Veiller à ce que la personne responsable des services de soutien, le chef des services d'entretien, le gestionnaire de la nutrition et la présidente-directrice générale se rencontrent dans les sept jours suivant la réception de l'ordre de conformité pour entamer la planification officielle de l'élaboration d'un plan de travail, comme l'exige l'alinéa 356 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, relativement au projet de remplacement des revêtements de sol. La présidente-directrice générale doit vérifier chaque semaine par écrit l'état d'avancement du plan. Elle doit veiller à ce que le projet fasse également l'objet d'un examen par le bureau de santé publique.

C) Veiller à ce que le plan de travail mentionné au point B soit mis au point et soumis aux fins d'examen et d'approbation du ministère des Soins de longue durée (Division de l'optimisation des immobilisations) au plus tard trois semaines après la réception de l'ordre de conformité. Intégrer dans la soumission le nom et les coordonnées des représentants du bureau de santé publique qui ont été consultés au sujet du plan et qui l'ont approuvé.

D) Veiller à ce que le plan de travail prévoie que le projet de remplacement des revêtements de sol de la cuisine sera achevé au plus tard 11 semaines après la réception de l'ordre de conformité.

**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

E) Veiller à ce que des travaux de réparation soient réalisés immédiatement dans la chambre d'une personne résidente en particulier afin d'éliminer le risque pour la sécurité que représente la vis au mur et, au minimum, consulter immédiatement la personne résidente ou son mandataire spécial au sujet de la réparation des murs. Remettre en état les murs de la chambre de la personne résidente, le cas échéant, au plus tard trois semaines après la réception de l'ordre de conformité.

F) Mettre en place une nouvelle marche à suivre dans les sept jours suivant la réception de l'ordre de conformité où la présidente-directrice générale sera tenue de recevoir et de signer tous les rapports sur les services de lutte contre les ravageurs. La marche à suivre doit être écrite et intégrée dans les marches à suivre du programme de lutte contre les ravageurs du titulaire de permis. La marche à suivre doit être mise en œuvre et respectée dans les deux semaines suivant la réception de l'ordre de conformité.

G) Veiller à ce que la marche à suivre mentionnée au point F comprenne l'obligation pour la présidente-directrice générale d'assurer le suivi de tout problème d'entretien énoncé dans le rapport et de garantir qu'un plan de mesures correctives sera mis en place en vue de la résolution du problème au plus tard le jour ouvrable suivant. La présidente-directrice générale doit confirmer que la mesure corrective a été prise.

H) Veiller à ce qu'une marche à suivre soit immédiatement mise en place afin que toutes les chambres et aires communes du foyer fassent l'objet d'une vérification dans les trois semaines suivant la réception de l'ordre de conformité. Le processus doit être écrit et intégré dans le programme d'entretien en tant que méthode de suivi des résultats.

I) Veiller à ce que tous les travaux d'entretien correctif constatés à effectuer conformément au point H soient documentés et à ce qu'un plan de travail soit élaboré pour répondre à tous les problèmes constatés afin de garantir que les travaux d'entretien correctif découlant de la vérification soient effectués au plus tard dix semaines après la réception de l'ordre de conformité. Les progrès liés aux marches à suivre en matière de vérification et de correction dans tout le foyer doivent être contrôlés par la présidente-directrice générale toutes les deux semaines.

**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

J) Tout ce qui est mentionné aux points A à H doit être documenté, et les documents écrits doivent être conservés jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'ordre est respecté. Tous les dossiers doivent être conformes aux exigences énoncées au paragraphe 11 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, en ce sens que le dossier doit être conservé sous une forme lisible et utilisable qui permet d'en produire facilement une copie intégrale. Les groupes de plusieurs courriels ne seront pas acceptés en tant que dossier, mais le seront en tant qu'information à l'appui des renseignements présentés dans un dossier.

**Motifs**

Salles à manger – Dans deux salles à manger, l'absence d'une bande d'étanchéité métallique sur le rebord inférieur de la moulure en bois a eu pour effet d'exposer le bois brut qui était sale à certains endroits et qui présentait des matières sèches. Le bois exposé n'a pas pu être nettoyé correctement, ce qui a engendré la possibilité que des ravageurs soient attirés, compte tenu de l'infestation en cours.

Dans une salle à manger, l'un des panneaux inférieurs de la moulure en bois dépassait, créant un espace entre le mur et le panneau. Dans une autre salle à manger, la partie supérieure de la moulure en bois n'était pas collée au mur. L'espace ainsi créé s'étendait de l'angle de la dépense jusqu'à la partie située juste de l'autre côté de la télévision murale. L'inspectrice ou l'inspecteur a pu glisser son stylo dans l'interstice. Ces espaces constituent des abris potentiels pour les ravageurs et des sites de reproduction.

Les dossiers des services de lutte contre les ravageurs pour cinq dates précises indiquent que des travaux de réparation doivent être effectués sur les panneaux en bois des salles à manger afin d'éliminer les abris et les sites de reproduction potentiels des ravageurs.

Le chef des services d'entretien a affirmé que des vérifications des aires communes étaient effectuées environ une fois par mois dans deux des sept sections accessibles aux résidents du foyer. Il a ajouté que la marche à suivre concernant les vérifications n'avait pas encore été exécutée dans les salles à manger précisées puisqu'elle avait commencé en janvier 2025.

**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

Cuisine – Le sol de la cuisine était en mauvais état, en particulier près de la cuisinière et de deux bouilloires industrielles. La zone touchée se prolongeait vers le bas et allait jusqu'au coin de l'aire réservée au lavage de la vaisselle. Les joints autour des parties précédemment rapiécées n'étaient plus étanches, ce qui permettait à l'eau de s'infiltrer. Du ruban adhésif épais a été utilisé à certains endroits pour tenter de sceller les joints ouverts. Le ruban adhésif placé devant la bouilloire, à côté de la cuisinière, était sale et se décollait. Le ruban adhésif bleu sur la jointure près de la porte du bureau s'était également décollé sur une partie de la fente ouverte.

Les dossiers des services d'extermination pour quatre dates précises indiquent que le sol de la cuisine doit être réparé afin d'éliminer les abris et les sites de reproduction potentiels des ravageurs. Le rapport sur les services pour une date donnée fait également référence à des notes antérieures sur ce problème qui remontaient à deux mois auparavant.

Le chef des services d'entretien a déclaré qu'il travaillait à la planification d'un projet de remise en état du sol de la cuisine, où la cuisinière et les bouilloires ne pourront pas être utilisées pendant plusieurs jours.

Les murs de la chambre d'une personne résidente ont été endommagés par de profondes entailles dans les cloisons sèches, qui n'ont pas pu être nettoyées. Entre l'entrée et le placard, des vis de cloison sèche étaient exposées, ce qui présentait un risque pour la sécurité, car l'une d'elles dépassait la surface du mur. À l'entrée de la salle de bain, l'angle en métal était apparent.

Le chef des services d'entretien a affirmé que le programme d'entretien ne prévoyait pas de vérification des chambres des personnes résidentes. Il a ajouté qu'il n'avait reçu aucune demande d'entretien concernant les dommages dans la chambre de la personne résidente en question.

**Sources :** Observations; entretien avec le chef des services d'entretien; examen des rapports de visite des services d'extermination.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juin 2025.**

**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

**(M1)**

**Le problème de conformité qui suit a été modifié : Problème de conformité n° 017**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (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.

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :**

Le titulaire de permis doit :

A) Veiller à ce que les comportements réactifs d'une personne résidente en particulier soient examinés et évalués, et à ce que les comportements déclencheurs soient détectés.

B) Élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des interventions visant à réduire les comportements réactifs et déclencheurs de la personne résidente.

C) Veiller à ce que les comportements de la personne résidente liés à des difficultés de communication fassent l'objet d'interventions efficaces telles que la mise en œuvre du programme de communication.

D) Veiller à ce que tous les aspects des points A à C de l'ordre de conformité soient examinés dans le cadre d'une approche interdisciplinaire touchant notamment la personne résidente ou la personne désignée par cette dernière, le coordonnateur RAI, un Dt.P., une infirmière autorisée, une PSSP du Projet OSTC, la vice-présidente adjointe des soins infirmiers, la vice-présidente des soins infirmiers et d'autres membres du personnel qui connaissent les besoins en soins directs de la personne résidente

E) Veiller à ce que tous les aspects des points A à C de l'ordre de conformité soient réévalués et évalués sur le plan de l'efficacité, et en cas d'inefficacité, indiquer les

**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

changements qui sont apportés. Cette mesure doit être prise dans les trois semaines suivant la réception de l'ordre de conformité.

F) Veiller à ce que la réponse de la personne résidente à tous les aspects des points A à C de l'ordre de conformité soit documentée. Cette mesure doit être prise dans les trois semaines suivant la réception de l'ordre de conformité.

G) Tenir un dossier écrit de tout ce qui est exigé en vertu des points A à C de l'ordre de conformité jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente manifestait des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réponses de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Plus précisément, la PSSP du Projet OSTC, la présidente-directrice générale, le directeur des soins et la vice-présidente adjointe des soins infirmiers reconnaissent que la personne résidente affiche des comportements verbaux et agressifs en raison de difficultés de communication. Les observations faites par l'inspectrice ou l'inspecteur ont confirmé que lorsque la personne résidente manifestait des comportements verbaux et agressifs ou des difficultés de communication, les membres du personnel quittaient sa chambre sans tenter d'effectuer les interventions prévues dans son programme de soins. Les notes d'évolution sur une période donnée de plusieurs mois montrent que la personne résidente a plusieurs comportements différents et continus qui sont documentés par le personnel autorisé. La politique du foyer en matière de comportements réactifs (*Responsive Behaviour Policy*) précisait que le personnel autorisé élaborerait et mettrait en œuvre des stratégies individualisées pour la personne résidente dans le programme de soins, évaluerait l'efficacité du programme et le réviserait, au besoin, et consulterait les ressources disponibles comme le champion du Projet OSTC, au besoin. Une réunion sur les soins à l'intention des membres du personnel de la direction, y compris le Dt.P., a été organisée au cours d'un mois donné. Les discussions ont porté sur un plan pour les repas et sur le fait que la personne résidente n'avait pas suivi le plan mis en œuvre pour elle. Les entretiens avec une IAA et une PSSP

**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

confirment que la personne résidente n'a pas suivi ce plan et que le personnel ne l'a pas réévaluée pour les interventions qui n'étaient pas efficaces. L'examen du programme de soins de la personne résidente indique que les interventions n'ont pas été réévaluées depuis une année donnée et aucun document relatif à la réaction de la personne résidente au plan inefficace n'a été trouvé. De plus, un entretien avec la PSSP du Projet OSTC a confirmé que celle-ci n'avait pas reçu de renvoi pour les comportements continus de la personne résidente au cours de l'année écoulée ni de suivi pour les interventions inefficaces. En outre, l'examen du programme de soins de la personne résidente confirme qu'aucune réévaluation ou révision des réponses de cette dernière aux interventions mises en œuvre n'a été effectuée au cours de l'année écoulée.

**Sources :** Observations des interactions entre la personne résidente et le personnel; dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris le programme de soins écrit et le cardex, documents de l'application Point of Care, notes d'évolution et documents de la réunion sur les soins; politique IX NSG E 18.00, révisée en avril 2023; entretiens avec la PSSP du Projet OSTC, la vice-présidente adjointe des soins infirmiers, le Dt.P., l'IAA, la PSSP et d'autres membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 avril 2025.**

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 002****Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 004**

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 parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours

**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

des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Ordre de conformité donné en vertu de la même référence législative le 27 mai 2024 dans le cadre de l'inspection n° 2024-1510-0003.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification 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.

**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

## 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 permis 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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 (ON) 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).