

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1237-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership, par son partenaire général, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : Woodland Villa, Long Sault

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27 et 28 novembre 2025, ainsi que 1^{er}, 2, 4 et 8 décembre 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 19 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00156935 – Correspondance électronique – Signalement en lien avec une plainte concernant des préoccupations quant au bain d'une personne résidente.
- Signalement : n° 00158990 – AH-2025-0003301/2743-000049-25 – Signalement en lien avec une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire mettant en cause un membre du personnel désigné.
- Signalement : n° 00160418 – Suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2025-1237-0006 – Règl. de l'Ont. 246/22 – Disposition 53 (1) 3 – Évaluations – Programme de facilitation des selles. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 5 décembre 2025.
- Signalement : n° 00160420 – Suivi n° 1 de l'OC n° 003 de l'inspection n° 2025-1237-0006 – Règl. de l'Ont. 246/22 – Alinéa 147 (2) (a) – Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 5 décembre 2025.
- Signalement : n° 00161575 – 2743-000053-25 – Signalement en lien avec la blessure d'étiologie inconnue subie par une personne résidente ayant entraîné une fracture de la hanche gauche nécessitant une intervention chirurgicale.

- Signalement : n° 00161937 – PC-2025-0004730 – Signalement en lien avec une plainte concernant des préoccupations envers une personne résidente désignée, notamment des allégations de négligence ayant entraîné un déclin de son état de santé.

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 de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1237-0006 en lien avec la disposition 53 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2025-1237-0006 en lien avec l'alinéa 147 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Soins liés à l'incontinence
- Gestion des médicaments
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Rapports et plaintes
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le

programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Dans le programme de soins de la personne résidente n° 007, on a constaté qu'une ordonnance avait été rédigée un jour de septembre 2025 pour le prélèvement d'un échantillon en vue d'un test précis. Toutefois, les membres du personnel autorisé ont omis de respecter le programme de soins. En effet, ce n'est que deux semaines plus tard, soit un jour d'octobre 2025, que l'échantillon a été prélevé.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente donnée; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 002 – 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.

Selon le programme de soins d'une personne résidente en particulier, on devait retourner cette personne et la changer de position toutes les deux heures lorsqu'elle était au lit. Toutefois, lors d'un examen de son dossier dans le système de points de service, on a constaté que l'on avait omis de consigner les renseignements à ce sujet lors de cinq quarts de travail au cours du mois de novembre 2025.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente donnée; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Un jour d'octobre 2025, une personne résidente a fait une chute sans témoin. Par la suite, des membres du personnel ont omis d'utiliser des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils lui sont venus en aide. En effet, ils ont omis d'utiliser un lève-personne mécanique pour aider la personne résidente à se relever.

Sources : Notes d'enquête du foyer; entretiens avec des membres du personnel; politique n° CS-6.2 sur les marches à suivre obligatoires pour l'utilisation des appareils de levage et de transfert (Mandatory Lift and Transfer Procedures).

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Un jour d'octobre 2025, une personne résidente donnée a fait une chute. Toutefois, les membres du personnel autorisé ont omis d'effectuer une évaluation postérieure à la chute auprès d'elle, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente donnée; notes d'enquête du foyer; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

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

Traitement des plaintes

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

Un jour d'octobre 2025, la famille d'une personne résidente a déposé une plainte verbale auprès de la ou du DSI. Cette plainte concernait des préoccupations liées à une blessure subie par la personne résidente après une chute qui n'avait pas été consignée dans les dossiers. Le foyer a omis de fournir une réponse écrite à l'auteur de la plainte dans un délai de 10 jours ouvrables.

Sources : Entretien avec la ou le DSI; politique n° OP-AM-6.1 concernant les enquêtes et les réponses aux plaintes (Investigating and Responding to complaints).

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

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

Non-respect de : la disposition 148 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) – La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis

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

d'un foyer de soins de longue durée doit mettre en place tout plan ou toute politique ou exigence applicable en vertu de la Loi, et veiller au respect de celui-ci ou de celle-ci. Toutefois, après un examen de la politique du foyer pour la destruction et l'entreposage des stupéfiants et des substances désignées (policy regarding destruction and storage of narcotics and controlled substances), on a constaté que les membres du personnel ne respectaient pas cette politique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les substances désignées devant être détruites et éliminées soient entreposées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer. Plus précisément, un jour de septembre 2025, un membre du personnel autorisé a retiré une cassette contenant une quantité donnée de substance désignée du dispositif d'administration de médicaments d'une personne résidente en particulier. Toutefois, il a omis de la placer dans une boîte verrouillée à double tour unidirectionnelle, jusqu'à ce qu'elle soit détruite. Par conséquent, le médicament n'a pas été comptabilisé ni trouvé.

En examinant la politique n° 7.7 du foyer concernant la destruction et l'élimination des stupéfiants et des substances désignées dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx, Policy and Procedure Manual, policy no: 7.7, Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications), on a constaté que, selon cette dernière, toute substance désignée ou tout stupéfiant devant être éliminé doit être entreposé dans une boîte verrouillée à double tour unidirectionnelle, dans un endroit distinct de celui où est entreposé tout médicament à administrer à une personne résidente, et ce, jusqu'à sa destruction par le médecin ou la pharmacienne ou le pharmacien de l'équipe et un membre du personnel infirmier désigné.

Sources : Rapport d'incident critique (IC); notes d'enquête du foyer; examen des dossiers médicaux électroniques et papier d'une personne résidente donnée; dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Controlled Medication Count Record); politique n° 7.7 du foyer concernant la destruction et l'élimination des stupéfiants et des substances désignées dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual, no: 7.7, Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications) [politique n° 7.7; révisée le 31 juillet 2025]; entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Prévention et gestion des chutes

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

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

Prévention et gestion des chutes

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

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

A) Élaborer et mettre en œuvre un outil de vérification qui servira à veiller à ce que l'on suive toutes les étapes de la politique du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Resident falls and Post fall assessment) et à ce que l'on remplisse tous les documents nécessaires. Effectuer une vérification de toutes les chutes ayant lieu dans l'aire désignée pendant quatre semaines, afin de vérifier si les membres du personnel respectent la politique du foyer. Les renseignements devant être consignés pour chaque vérification comprennent, au minimum : la date de la chute et le nom de la personne résidente concernée; le respect, par les membres du personnel, des étapes énoncées dans la politique correspondante du foyer; le nom du membre du personnel qui a effectué la vérification, la date de cette dernière et toutes les constatations qui en résultent.

B) Si l'on constate des lacunes dans les connaissances des membres du personnel lors des vérifications, offrir une formation ou une formation d'appoint aux membres du personnel concernés sur le programme de gestion des chutes du foyer (Falls Management program), ou sur toute autre politique ou marche à suivre pertinente, s'il y a lieu. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation ou la formation d'appoint, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la formatrice ou du formateur et le nom des membres du personnel ayant reçu la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

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

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

Motifs

Un jour d'octobre 2025, une personne résidente donnée a fait une chute sans témoin. Toutefois, les membres du personnel ont omis de respecter la politique n° OTP-FP-7.4 du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post Fall Assessment). En effet, dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le foyer doit disposer d'un programme de prévention et de gestion des chutes (falls prevention and management program), et il faut veiller au respect de ce programme.

La politique n° OTP-FP-7.4 du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post Fall Assessment) [approuvée pour la dernière fois le 3 juillet 2025] énonce ce qui suit :

- La personne résidente doit être mise à l'aise, mais elle ne doit pas être déplacée avant qu'un membre du personnel autorisé évalue son état pour déterminer si elle ressent de la douleur, si elle a subi une dislocation ou une fracture, ou si elle a perdu conscience.
- Lorsque cela est possible en toute sécurité, la personne résidente doit être déplacée à l'aide d'un lève-personne mécanique.
- L'examen par un membre du personnel autorisé doit porter sur l'état de la peau, les signes vitaux et la réaction de la pupille de la personne résidente.
- On doit entreprendre la routine de suivi des blessures à la tête après toute chute sans témoin.
- La routine de suivi des blessures à la tête se poursuivra pendant 72 heures, à intervalles réguliers, conformément au formulaire pour la routine documentée de suivi des blessures à la tête et des signes vitaux neurologiques (Neurological Vitals Signs Post Head Injury Form).
- Selon les résultats de l'évaluation, on doit prendre des mesures appropriées immédiatement.
- Les membres du personnel autorisé doivent organiser une réunion postérieure à la chute.
- On doit informer le médecin.

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

- On doit informer la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente.
- On doit faire part de l'incident aux membres de l'équipe du quart de travail suivant.
- On doit consigner la chute dans la section consacrée à la gestion des risques (risk management section).
- On doit effectuer l'évaluation postérieure à la chute et remplir toutes les sections requises.
- On doit remplir les notes sur l'évolution de la situation en y indiquant les exigences à respecter.
- On doit consigner les renseignements sur le suivi pendant 72 heures après la chute.
- On doit mettre à jour le programme de soins.

Plus précisément, après que la personne résidente en question eut fait une chute sans témoin un jour d'octobre 2025, les membres du personnel ont omis de suivre plusieurs étapes énoncées dans la politique correspondante du foyer. En effet, en examinant les dossiers cliniques de la personne résidente, on n'a trouvé aucun renseignement attestant que les membres du personnel autorisé auraient évalué l'état de la personne résidente, notamment pour déterminer si elle ressentait de la douleur, si elle avait subi une dislocation ou une fracture, ou si elle avait perdu conscience avant que des membres du personnel ne la déplacent. Lors d'entretiens avec des membres du personnel, on a confirmé qu'ils n'avaient pas utilisé de lève-personne mécanique pour aider la personne résidente à se relever. Toujours en examinant les dossiers, on n'a trouvé aucun renseignement permettant d'attester que les membres du personnel avaient bel et bien effectué une évaluation complète de la tête aux pieds auprès de la personne concernée, afin de vérifier l'état de sa peau, ses signes vitaux, la réaction de ses pupilles, la présence de douleurs, la mobilité de ses membres et l'amplitude de ses mouvements. De plus, lors de cet examen des dossiers, on n'a trouvé aucune information permettant d'établir que l'on avait entrepris la routine de suivi des blessures à la tête, ce qui est pourtant requis après une chute sans témoin. Par conséquent, on a omis de poursuivre cette routine pendant 72 heures auprès de la personne résidente, aux intervalles requis par le formulaire pour la routine documentée de suivi des blessures à la tête et des signes vitaux neurologiques (Neurological Vitals Signs Post Head Injury Form). Aucun renseignement dans les dossiers ne permettait de confirmer que les membres du personnel autorisé avaient organisé une réunion postérieure à la chute avec d'autres membres du personnel. De même, il n'est pas possible de confirmer que l'on a appelé le médecin au moment de la chute. Selon les dossiers, on a plutôt laissé une note dans le classeur du médecin un jour d'octobre 2025. Le médecin

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

a évalué la personne résidente trois jours plus tard en raison d'une douleur accrue. Lors d'un entretien avec la personne résidente donnée et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, cette dernière ou ce dernier a déclaré qu'on ne l'avait jamais informé(e) de la chute de la personne résidente et qu'elle ou il avait initialement fait part de ses inquiétudes au foyer parce que la personne résidente ne cessait d'affirmer qu'elle était tombée. Lors d'un examen des dossiers cliniques de la personne résidente et du classeur des rapports de changement de quart (shift report binder), on a constaté que la chute de la personne résidente n'avait jamais été signalée lors du rapport de changement de quart et que, par conséquent, les équipes des quarts de travail suivants ignoraient que la personne résidente avait fait une chute sans témoin un soir donné d'octobre 2025. En outre, lors de l'examen des dossiers cliniques de la personne résidente pour la chute survenue à cette date, on a constaté qu'aucune évaluation postérieure à la chute ne semblait avoir été effectuée au moment de l'incident et qu'aucun membre du personnel autorisé n'avait consigné de renseignements concernant la chute ou le suivi. En consultant le programme de soins de la personne résidente, on a constaté que les mesures d'intervention pour la prévention et la gestion des chutes auprès d'elle avaient été mises à jour en novembre 2025. Toutefois, lors d'un entretien avec la ou le DSI, on a confirmé que les membres du personnel ne respectaient pas la politique correspondante du foyer et que l'on avait omis d'effectuer les évaluations obligatoires et de remplir les documents requis dans PointClickCare.

Sources : Politique n° OTP-FP-7.4 du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post fall assessment) [approuvée pour la dernière fois le 3 juillet 2025]; dossiers cliniques d'une personne résidente donnée; classeur des rapports de changement de quart (shift report binder); entretiens avec la personne résidente, sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial et des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 mars 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 55 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

A) Mettre à jour toutes les politiques et marches à suivre pertinentes en matière de traitement de la peau et des plaies (skin and wound management policy and procedures), afin de veiller à ce qu'elles décrivent les rôles et les responsabilités propres à tous les membres du personnel autorisé en ce qui concerne le programme de soins de la peau et des plaies du foyer (skin and wound management program). Elles doivent fournir des directives claires à l'égard des membres du personnel autorisés afin d'établir ce qu'ils doivent faire lorsque les membres du personnel désignés sont absents et que l'on signale un nouveau signe d'altération de l'intégrité épidermique chez une personne ou l'aggravation d'un signe existant.

Les politiques et les marches à suivre doivent notamment prévoir ce qui suit :

- La façon d'effectuer une évaluation initiale de la peau auprès d'une personne résidente qui présente un signe d'altération de l'intégrité épidermique, notamment une rupture de l'épiderme, une lésion de pression, une déchirure de la peau ou une plaie, et ce, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

- La façon d'établir le plan de traitement initial, afin de veiller à ce que 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 fasse l'objet d'un traitement et d'interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection.

- La façon de consigner le plan de traitement dans le dossier d'administration des traitements de la personne résidente, afin que tout traitement ultérieur soit offert à temps.
- La façon de veiller à ce que chaque personne résidente qui présente un signe d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine, si cela s'impose sur le plan clinique.
- La façon dont chaque nouvelle constatation doit être communiquée aux personnes appropriées, s'il y a lieu.
- La remplaçante ou le remplaçant du membre du personnel autorisé désigné chargé des soins des plaies, afin que cette remplaçante ou ce remplaçant puisse accomplir les tâches du membre du personnel en question à sa place lorsqu'il est absent, notamment lorsqu'il faut administrer des traitements ou effectuer des évaluations de la peau, de même que la façon dont on fera part de ces besoins à la remplaçante ou au remplaçant.
- L'obligation, pour le membre du personnel désigné, de vérifier fréquemment le classeur des communications sur la peau et les plaies (skin and wound communication binder) de chaque secteur, de même qu'une marche à suivre indiquant qu'il doit apposer ses initiales et inscrire la date pour confirmer que tout nouveau signe d'altération de l'intégrité épidermique a été pris en compte.
- L'obligation, pour les membres du personnel autorisé, de consigner les renseignements sur ce qui précède.

B) Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé sur les politiques et les marches à suivre mises à jour suivant le point A) et sur les exigences énoncées à l'alinéa 55 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Soins de la peau et des plaies. Consigner dans un dossier les renseignements sur toutes les formations offertes, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la formatrice ou du formateur et le nom des membres du personnel ayant reçu la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

C) Effectuer une vérification auprès d'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique de chaque secteur du foyer, afin de veiller à ce que l'on effectue les évaluations hebdomadaires et à ce que l'on administre tous les traitements prescrits, conformément à la politique et à la marche à suivre correspondantes du foyer. Si l'on constate des lacunes dans les connaissances des

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

membres du personnel lors des vérifications, offrir une formation ou une formation d'appoint aux membres du personnel concernés sur le programme de soins de la peau et des plaies (skin and wound program) du foyer, ou sur toute autre politique ou marche à suivre pertinente, s'il y a lieu. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation ou la formation d'appoint, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la formatrice ou du formateur et le nom des membres du personnel ayant reçu la formation, de même que leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

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

Motifs**Évaluation de la peau**

Un soir d'octobre 2025, une personne résidente donnée a fait une chute sans témoin. Toutefois, les membres du personnel autorisé ont omis d'évaluer l'état de sa peau, ce qu'exigeait pourtant la politique n° OTP-FP-7.4 du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post Fall Assessment) [révisée pour la dernière fois en juillet 2025]. Selon les notes d'enquête du foyer, plus tard dans la soirée, un membre du personnel a constaté que la personne résidente présentait un signe d'altération de l'intégrité épidermique. Toujours selon ces notes, le membre du personnel a signalé cette constatation; toutefois, lors de l'examen des dossiers, on n'a trouvé aucun renseignement attestant que le membre du personnel autorisé aurait effectué une évaluation de la peau à ce moment-là. Le lendemain, on a consigné dans les dossiers qu'il y avait un pansement intact sur la zone d'altération de l'intégrité épidermique en question. Cependant, on a omis de retirer le pansement pour effectuer une évaluation complète de la peau. Par conséquent, on a omis d'évaluer la peau de cette personne résidente au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Traitement immédiat

Après que l'on eut signalé le signe d'altération de l'intégrité épidermique chez la personne résidente en octobre 2025, on a omis de lui fournir un traitement ou de mettre en place des mesures d'intervention immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection. En effet, en examinant les dossiers cliniques pour une date donnée

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

en octobre, on a constaté que l'on avait apposé un pansement sur l'endroit en question plus tard; toutefois, il n'y a aucun renseignement permettant d'établir que l'on avait administré un traitement immédiatement. Lors d'un entretien avec un membre du personnel donné, celui-ci a indiqué qu'on ne lui avait jamais fait part du signe d'altération de l'intégrité épidermique et qu'il ignorait quand on avait enlevé le pansement et qui l'avait enlevé. De plus, lors d'un examen du dossier de l'administration des traitements et des dossiers cliniques de la personne résidente, on n'a trouvé aucun plan de traitement ni renseignement indiquant qu'un traitement aurait été administré plus tard pour le signe d'altération de l'intégrité épidermique en question après une date donnée en octobre 2025.

Un jour de novembre 2025, les dossiers cliniques de la personne résidente contenaient des directives précises pour un signe d'altération de l'intégrité épidermique, que les membres du personnel autorisé devaient suivre deux jours plus tard. Toutefois, ceux-ci ont suivi ces directives dix jours après la date prévue. Après un entretien avec un membre du personnel autorisé et un examen des dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, on a constaté qu'aucun plan de traitement ni traitement ultérieur ne semble avoir été mis en œuvre ou administré pendant la période en question en novembre 2025.

Réévaluation

En examinant les dossiers cliniques de la personne résidente en question, on n'a trouvé aucun renseignement permettant d'attester que les membres du personnel autorisé avaient évalué ou réévalué son signe d'altération de l'intégrité épidermique au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. En effet, on avait omis de consigner et de signaler le plan de traitement pour le signe d'altération de l'intégrité épidermique en cause dans le dossier de l'administration des traitements de la personne résidente. Par conséquent, les membres du personnel autorisé n'ont administré aucun traitement et n'ont effectué aucune réévaluation par la suite.

Lors d'un examen des dossiers cliniques de la personne résidente et d'un entretien avec un membre du personnel, on a confirmé qu'une évaluation de la peau avait été réalisée un jour de novembre 2025, de même que quatorze jours plus tard, ce qui a permis d'établir que l'on avait omis d'évaluer la peau de la personne résidente au moins une fois par semaine, alors que cela s'imposait sur le plan clinique. En outre, on a omis de consigner le plan de traitement pour le signe d'altération de l'intégrité épidermique en question dans le dossier de l'administration des traitements de la personne

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

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

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

résidente. Par conséquent, les membres du personnel autorisé n'ont administré aucun traitement et n'ont effectué aucune réévaluation par la suite.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente donnée, notamment les dossiers la concernant dans le système de points de service, son dossier de l'administration des traitements, les notes sur l'évolution de la situation la concernant, les évaluations de la peau et des plaies effectuées auprès d'elle et les directives de l'hôpital suivant son congé; notes d'enquête du foyer; entretiens avec des membres du personnel; politique n° OTP-FP-7.4 du foyer en matière de chutes de personnes résidentes et d'évaluation postérieure à la chute (Policy: Resident Falls and Post fall assessment) [approuvée pour la dernière fois le 3 juillet 2025].

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 mars 2026.

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE)

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

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité n° 002

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

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

Historique de la conformité :

Soins de la peau et des plaies

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

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

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Il s'agit de la première fois qu'un avis de pénalité administrative est délivré à l'intention du titulaire de permis pour l'omission de respecter l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

A) Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé. Celle-ci doit porter sur les attentes concernant la façon de remplir l'outil d'évaluation de la douleur approprié sur le plan clinique et le moment qui convient pour le faire, le moment où l'on doit réévaluer une personne résidente, et les mesures que l'on doit prendre lorsqu'une personne résidente ressent une douleur incontrôlée et que celle-ci n'est pas soulagée par les mesures d'intervention initiales.

B) Consigner dans un dossier les renseignements sur toutes les formations offertes, notamment le contenu examiné, la date et l'heure, le nom de la formatrice ou du formateur et le nom des membres du personnel ayant reçu la formation, de même que

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

leur signature montrant qu'ils ont bien terminé la formation.

Motifs

Un jour d'octobre 2025, une personne résidente donnée a fait une chute sans témoin. Toutefois, après sa chute, on a omis d'évaluer si elle ressentait de la douleur au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour la gestion de la douleur. Plus tard dans la journée, un membre du personnel a signalé que la personne résidente ressentait de la douleur, mais aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée. Le lendemain, on a consigné dans les dossiers qu'un membre du personnel avait signalé que la personne résidente ressentait de la douleur, mais que les médicaments qui lui avaient été administrés n'arrivaient pas à la soulager. Aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée à ce moment-là. Un autre jour d'octobre 2025, un membre du personnel autorisé a consigné dans les dossiers que la personne résidente se plaignait de douleurs. Encore une fois, aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée à ce moment-là. Plus tard le même jour, on a consigné dans les dossiers que les médicaments nécessaires avaient été administrés à la personne résidente concernée, mais qu'ils n'avaient pas donné les résultats escomptés. Selon la politique du foyer sur l'évaluation de la douleur (pain assessment policy), les membres du personnel doivent communiquer avec le médecin traitant lorsque la douleur d'une personne résidente n'est pas soulagée par les mesures d'intervention initiales, ce que plusieurs membres du personnel ont omis de faire lors de jours différents.

Sources : Notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente donnée; politique du foyer n° OTP-PM-5.3 pour l'évaluation de la douleur (Pain Assessment) [approuvée pour la dernière fois le 6 mars 2025]; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 mars 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 – Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

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

Paragraphe 123 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Offrir une formation à un membre du personnel autorisé désigné sur les politiques et les marches à suivre du foyer pour l'administration sécuritaire des médicaments (safe administration of medications). De même, passer en revue la norme d'exercice des Médicaments de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO).

Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé sur la politique n° 5.10 et la politique n° 7.5 décrites dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual).

Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé travaillant dans un secteur donné où habite une personne résidente en particulier. Cette formation doit aborder ce qui suit : la marche à suivre pour remplir correctement la feuille de débit du dispositif d'administration des médicaments (medication delivery device flow sheet) et l'obligation selon laquelle deux membres du personnel autorisé doivent être présents, en personne, lors de l'administration du médicament par le dispositif, afin de vérifier la quantité totale restante de stupéfiant. Offrir une formation aux membres du personnel désignés sur l'utilisation du dispositif d'administration des médicaments, afin de veiller à ce qu'ils sachent comment obtenir ces renseignements à partir du dispositif. Confirmer que les membres du personnel comprennent bien le tout en leur demandant de démontrer concrètement comment faire cette tâche.

Créer et mettre en œuvre un outil de vérification pour s'assurer que les documents suivants sont remplis correctement : le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées de chaque personne résidente (individual resident combined narcotic/controlled medication count records), le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées lors des changements de quart (shift change narcotic/controlled medication records) et la feuille de débit du dispositif d'administration des médicaments (medication delivery device flow sheet) de la personne résidente désignée. De même, effectuer une vérification des chariots à médicaments pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de substances désignées ou de stupéfiants déjà préparés et à ce qu'il n'y ait pas d'ampoules ouvertes de stupéfiants ou de substances désignées entreposées en vue d'une administration ultérieure.

Effectuer trois vérifications par semaine, pendant quatre semaines, au moyen de l'outil

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

de vérification mis au point, dans chaque aire où habitent des personnes résidentes et à différents moments de la journée, afin de veiller à la conformité des membres du personnel avec les politiques et les marches à suivre établies. Prendre des mesures correctives pour tout non-respect constaté.

Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, notamment le nom de la formatrice ou du formateur, la date, les noms des membres du personnel ayant reçu la formation et le contenu de cette dernière, de même que tous les renseignements liés à la réalisation des points un à cinq. Conserver le dossier jusqu'à ce que l'on estime que le titulaire de permis s'est conformé à cet ordre de conformité.

Motifs

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que ses politiques et marches à suivre écrites permettent de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Toutefois, lors d'un examen des politiques du foyer sur l'administration des médicaments et la consignation des renseignements à ce sujet (medication administration and documentation), du dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Control Count Record) et du dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées lors des changements de quart (shift change Narcotic/Controlled Medication Count Record of narcotics and controlled substances), on a constaté que les membres du personnel ne respectaient pas les politiques du foyer sur l'administration des stupéfiants et des substances désignées et la consignation des renseignements à ce sujet (administration and documentation of narcotics and controlled substances).

Les politiques du foyer contenues dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx, Policy and Procedure Manual) énoncent ce qui suit :

Politique n° 7.5 sur la consignation du décompte des stupéfiants et des substances désignées (Documentation of Narcotic and Controlled Medication Counts)

- Lors de l'administration d'un stupéfiant ou d'une substance désignée, l'infirmière ou l'infirmier doit consigner l'administration du médicament dans le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente et dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Controlled Medication Count Record).

- Signer le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Controlled Medication Count Record) chaque fois qu'elle ou il

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

administre une dose. Elle ou il doit également indiquer la date, l'heure, la quantité donnée, la quantité gaspillée et la quantité restante. Une autre infirmière ou un autre infirmier doit servir de témoin et signer pour les quantités gaspillées de stupéfiants/substances désignées, s'il y a lieu.

- Deux membres du personnel infirmier (l'un à la fin de son quart de travail, et l'autre, au début) doivent, ensemble :

a) compter la quantité réelle de médicaments disponibles;

b) confirmer que la quantité disponible est la même que celle figurant dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées de la personne résidente (Resident Narcotic/Controlled Medication Count Record) et que l'intégrité de l'emballage/du produit est intacte.

c) consigner les détails tels que décrits dans le formulaire, notamment la date, l'heure et la quantité de médicaments, et signer dans les espaces appropriés du dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées lors des changements de quart (Shift Change Narcotic/Controlled Medication Count Record).

d) signaler immédiatement tout écart constaté à la ou au chef des services infirmiers, DSI (ou à la personne désignée), en vue d'un examen plus approfondi.

Politique n° 5.10 sur l'administration des médicaments injectables (Administration of Injectable Medications)

- Jeter la quantité restante de médicaments dans l'ampoule, conformément aux marches à suivre pour la destruction des médicaments. Un témoin est nécessaire lors de l'élimination de stupéfiants et de substances désignées.

- Ne pas conserver les résidus de médicaments pour de futures injections, sauf si cela est explicitement indiqué par les membres du personnel administratif et (ou) le fabricant. Il est interdit d'entreposer des ampoules ouvertes contenant des résidus de médicaments.

Plus précisément, un jour de septembre 2025, un membre du personnel désigné a procédé à l'élimination d'une quantité précise d'un stupéfiant prescrit à une personne résidente, sans qu'un autre membre du personnel autorisé ne soit témoin et ne documente l'élimination du médicament. Après un examen plus approfondi des feuilles de débit du dispositif d'administration des médicaments de la personne résidente (resident's medication delivery device flow sheet records), on a constaté qu'un jour d'octobre 2025, un autre membre du personnel autorisé avait éliminé une quantité de stupéfiants, sans qu'un autre membre du personnel infirmier n'en soit témoin et ne signe pour attester l'élimination du médicament.

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

Un jour de septembre 2025, un membre du personnel a omis de consigner l'administration de médicaments prescrits à une personne résidente donnée dans son dossier électronique d'administration des médicaments ou dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (combined narcotic/controlled medication count record), ce qui a entraîné une différence d'inventaire pour ce stupéfiant.

Le même jour, le membre du personnel a omis de consigner l'administration d'une substance désignée dans le dossier électronique d'administration des médicaments d'une autre personne résidente ou dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (combined narcotic/controlled medication count record), ce qui a de nouveau entraîné une différence d'inventaire pour un stupéfiant ce jour-là.

Un jour de novembre 2025, dans la salle d'entreposage des médicaments d'un secteur donné, une inspectrice ou un inspecteur a constaté qu'un membre du personnel autorisé en particulier avait déjà préparé des stupéfiants et des substances désignées devant être administrés plus tard dans la journée à cinq personnes résidentes et qu'il avait même apposé sa signature dans les dossiers joints pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (combined narcotic/controlled medication records) de chaque personne résidente. Lors de ces démarches d'observation, le membre du personnel en question a confirmé que cette pratique n'était pas conforme à la politique du foyer.

Le même jour, dans la salle d'entreposage des médicaments d'un autre secteur, une inspectrice ou un inspecteur a vu une ampoule ouverte d'une substance désignée. Lors d'un entretien avec un membre du personnel en particulier, celui-ci a informé l'inspectrice ou l'inspecteur qu'il avait administré le médicament à une personne résidente donnée et qu'il conservait l'ampoule ouverte pendant toute la durée de son quart de travail pour administrer toute autre dose nécessaire à cette personne résidente. Il a également affirmé qu'il jetterait tout médicament inutilisé à la fin de son quart de travail. À ce moment-là, on a également constaté que le membre du personnel avait omis de consigner l'administration du médicament dans le dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (combined narcotic/controlled medication count record) de cette personne résidente. Le membre du personnel ne savait pas si cette pratique observée était conforme à la politique correspondante du foyer.

Plus tard le même jour, dans la salle d'entreposage des médicaments d'un autre

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

secteur, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'un membre du personnel autorisé avait administré des substances désignées à trois personnes résidentes sans signer les dossiers joints pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (residents combined narcotic/controlled medication) de ces personnes.

On a également constaté, ce même jour de novembre 2025, qu'aucun dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées lors des changements de quart (shift change narcotic/controlled medication count records) des secteurs en question n'avait été signé par les membres du personnel autorisé qui avaient commencé un quart de travail, afin de confirmer le décompte des substances désignées et des stupéfiants entreposés dans les secteurs respectifs.

Toutes les constatations faites en ce jour de novembre 2025 ont été confirmées par la ou le DSI. En effet, l'inspectrice ou l'inspecteur s'est rendu(e) avec la ou le DSI dans chaque unité pour valider l'exactitude de ses constatations.

Lors d'un examen des feuilles de débit du dispositif d'administration des médicaments (medication delivery device flow sheet) d'une personne résidente donnée, on a constaté qu'il manquait plusieurs données en lien avec des quarts de travail en septembre, en octobre et en novembre 2025, et ce, pour ce qui est de la vérification du décompte des substances désignées et des stupéfiants restants après chaque quart de travail.

De plus, il manquait plusieurs signatures de membres du personnel autorisé en fin et en début de quart pour vérifier l'exactitude des médicaments restants. Par conséquent, il était difficile de déterminer l'exactitude du nombre total de médicaments pour cette personne résidente. Lors d'un entretien avec un membre du personnel, celui-ci a affirmé que la vérification du décompte des stupéfiants restants dans le dispositif d'administration des médicaments de la personne résidente n'était pas une pratique courante. En outre, il a mentionné que les membres du personnel vérifiaient le décompte sur l'appareil plus tard lors de leur quart de travail et que, si le compte était bon, ils cosignaient la feuille de débit (flow sheet). Lors d'un entretien avec la ou le DSI, on a confirmé qu'en examinant la feuille de débit du dispositif d'administration des médicaments (medication delivery device flow sheet) de la personne résidente, on pouvait constater qu'il manquait plusieurs données au moment des changements de quart, ainsi que des signatures de membres du personnel autorisé en début et en fin de quart, et ce, pour ce qui est de vérifier la quantité de stupéfiants restante.

Sources : Examen du rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; dossiers médicaux électroniques et papier des personnes résidentes données; dossier pour le décompte

des stupéfiants et des substances désignées de chaque personne résidente (resident narcotic/controlled medication count records); dossier pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées lors des changements de quart (shift change narcotic/controlled medication count records); politique n° 5.10 et politique n° 7.5 dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual); démarches d'observations dans des aires où habitent des personnes résidentes avec la ou le DSI; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 mars 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 – Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Obtenir une ou plusieurs boîtes verrouillées à double tour pour entreposer les substances désignées et les stupéfiants devant être réfrigérés dans le ou les réfrigérateurs à médicaments. Obtenir une ou plusieurs boîtes verrouillées pour entreposer les stupéfiants et les substances désignées dans un ou plusieurs réfrigérateurs à médicaments équipés d'une serrure externe, afin d'y entreposer les substances désignées ou les stupéfiants devant être réfrigérés. Passer en revue, avec tous les membres du personnel autorisé, la mise en œuvre de cette nouvelle marche à suivre au foyer, notamment comment et quand elle sera mise en œuvre, et quelles clés utiliser pour la ou les boîtes verrouillées à double tour servant à entreposer les stupéfiants et les substances désignées dans le ou les réfrigérateurs à médicaments avec ou sans serrure externe.

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

Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé sur l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Entreposage sécuritaire des médicaments, ainsi que sur les politiques du foyer sur l'entreposage des stupéfiants et des substances désignées (policies for storage of Narcotics and Controlled medications).

Créer et mettre en œuvre un outil de vérification pour évaluer l'entreposage sécuritaire des stupéfiants et des substances désignées dans les chariots à médicaments et dans tout réfrigérateur à médicaments servant à entreposer des stupéfiants et des substances désignées.

Pendant quatre semaines, effectuer une vérification par semaine dans chaque secteur du foyer, à différents moments de la journée, pour veiller à ce que les membres du personnel respectent les marches à suivre pour l'entreposage sécuritaire des stupéfiants et des substances désignées dans les chariots à médicaments et dans tout réfrigérateur servant à entreposer des stupéfiants et des substances désignées.

Prendre des mesures correctives pour tout non-respect constaté en ce qui concerne l'entreposage sécuritaire des stupéfiants et des substances désignées.

Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment le nom de la formatrice ou du formateur, la date, les noms des membres du personnel ayant reçu la formation et le contenu de cette dernière, de même que tous les renseignements liés à la réalisation des points un à quatre énoncés dans cet ordre de conformité. Conserver le dossier jusqu'à ce que l'on estime que le titulaire de permis s'est conformé à cet ordre de conformité.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les substances désignées et tous les stupéfiants soient conservés dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour. Plus précisément, un jour de novembre 2025, lors de démarches d'observation dans une aire où habitent des personnes résidentes, on a constaté qu'un membre du personnel avait déjà préparé des substances désignées et des stupéfiants devant être administrés à cinq personnes résidentes. Ces médicaments prescrits, qui devaient être administrés plusieurs heures plus tard, ont été placés dans des gobelets transparents non étiquetés, dans les tiroirs du chariot à médicaments, qui n'étaient pas verrouillés à double tour.

Plus tard le même jour, dans une autre aire où habitent des personnes résidentes, on a constaté qu'une ampoule de stupéfiant ouverte, prescrite pour une personne résidente donnée, se trouvait dans un gobelet transparent, dans le tiroir du chariot à médicaments

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

qui n'était pas verrouillée à double tour. Selon la politique du foyer n° 7.3 sur l'entreposage des stupéfiants et des substances désignées (Storage of Narcotic and Controlled Medications) [révisée le 31 juillet 2025] du Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual), toutes les substances désignées et tous les stupéfiants doivent être entreposés dans la boîte verrouillée située dans le tiroir désigné du chariot à médicaments ou dans une armoire distincte, verrouillée à double tour, dans la salle d'entreposage des médicaments verrouillée. Les lieux d'entreposage des stupéfiants et des substances désignées doivent être verrouillés en tout temps.

Un autre jour de novembre 2025, dans la salle d'entreposage des médicaments d'une aire où habitent des personnes résidentes, on a constaté que des stupéfiants prescrits à une personne résidente donnée étaient tout simplement entreposés dans un réfrigérateur verrouillé, sans être dans une boîte verrouillée à double tour. Toutefois, selon la politique du foyer n° 7.3 sur l'entreposage des stupéfiants et des substances désignées (Storage of Narcotic and Controlled Medications) [révisée le 31 juillet 2025] du Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual), les substances désignées et les stupéfiants devant être réfrigérés doivent être entreposés dans une boîte verrouillée à double tour à l'intérieur du réfrigérateur.

Un jour de septembre 2025, on a informé la directrice ou le directeur qu'il y avait une différence d'inventaire pour la quantité de stupéfiants prescrits à une personne résidente donnée, après que ce médicament eut été remplacé par un membre du personnel, alors que le médicament précédent pouvait toujours être administré. Lors d'entretiens avec des membres du personnel au moment de l'incident, on a établi que le réfrigérateur à médicaments de l'aire donnée n'était jamais verrouillé, alors que celui-ci servait pourtant à entreposer les stupéfiants de la personne résidente en question. De même, on a déterminé que les membres du personnel ignoraient l'existence d'une clé permettant de verrouiller le réfrigérateur. Les membres du personnel autorisé ont également indiqué que les clés de tous les membres du personnel autorisé de chaque secteur permettaient d'ouvrir toutes les salles d'entreposage des médicaments des autres secteurs du foyer.

Sources : Examen du rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; dossiers médicaux électroniques et papier des personnes résidentes données; dossiers joints pour le décompte des stupéfiants et des substances désignées (Combined Narcotic/Controlled Medication Count Records); dossier joint pour le décompte des stupéfiants et des

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

substances désignées lors des changements de quart (Shift Change Narcotic/Controlled Medication Count Records); politique n° 7.3 et politique n° 7.5 dans le Manuel des politiques et marches à suivre de CareRx (CareRx Policy and Procedure Manual); démarches d'observations concernant les salles d'entreposage des médicaments des aires où habitent des personnes résidentes, les chariots à médicaments et le réfrigérateur à médicaments avec la ou le DSI n° 103; entretiens avec des membres du personnel et la ou le DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 2 mars 2026.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

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

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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