

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** le 9 décembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1598-0003

**Type d'inspection :**  
Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** Corporation of the County of Elgin

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Bobier Villa, Dutton

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 1<sup>er</sup> au 5 et le 9 décembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le signalement : n° 00164003 – inspection proactive de conformité

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

Soins liés à l'incontinence  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

### Système de gestion des médicaments

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.

La politique du foyer, intitulée *Medication Administration* et révisée pour la dernière fois en novembre 2025, ne comprend pas de protocoles relatifs à l'administration des médicaments par les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

Lors des entretiens avec les PSSP, elles ont déclaré que, sous la direction d'un membre du personnel agréé, elles avaient administré des médicaments topiques aux personnes résidentes du foyer.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel de direction, celui-ci a reconnu qu'il n'était pas au courant que les PSSP administraient des médicaments, et que cela ne faisait donc pas partie de la politique du foyer ni des pratiques actuelles.

Le 4 décembre 2025, le foyer a émis une note de service à l'intention du personnel infirmier indiquant que cette pratique devait cesser immédiatement.

Sources : entretiens et examen des dossiers politiques

Date de la rectification apportée : le 4 décembre 2025

Problème de conformité n° 002 – Rectifié en vertu du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2025, de nombreuses bouteilles de désinfectant pour les mains ont été trouvées périmées dans tout le foyer, contrairement aux directives applicables

émises par le ou la médecin hygiéniste en chef ou un ou une médecin hygiéniste. Conformément à une directive figurant à la page 26 des recommandations du ministère de la Santé pour la prévention et le contrôle des épidémies dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif (Recommendations for Outbreak Prevention and Control in Institutions and Congregate Living Settings), tous les désinfectants pour les mains disponibles au foyer ne doivent pas être périmés.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2025, un inspecteur ou une inspectrice a constaté que plusieurs bouteilles de désinfectant pour les mains et plusieurs contenants muraux de désinfectant pour les mains étaient périmés. Ce constat a été porté à l'attention de la direction, et ils ont été remplacés avant la fin de l'inspection.

Tous les produits périmés mentionnés ont été remplacés avant le 4 décembre 2025.

Sources : observations les 1<sup>er</sup>, 3 et 4 décembre 2025, discussions avec le ou la responsable de la PCI et l'administrateur ou l'administratrice.

Date de la rectification apportée : le 4 décembre 2025

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

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

### **Non-respect du : paragraphe 102 (9) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

- a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);
- b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

Une personne résidente présentait des signes et des symptômes indiquant la présence d'une infection. L'examen des dossiers cliniques 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800-663-3775

a révélé que la présence d'une infection n'était pas contrôlée et documentée à chaque quart de travail.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.