

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 21 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1161-0003

Type d'inspection :

Plainte

Titulaire de permis : CVH (n° 3) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Chelsey Park, London

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :

29, 30 et 31 juillet 2025, ainsi que

1^{er}, 11, 12, 13, 14, 18, 20 et 21 août 2025

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes :

11 et 15 août 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00153405 – Dossier en lien avec une plainte concernant les services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes, les soins liés à l'incontinence et l'entretien ménager

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Soins liés à l'incontinence

Soins de la peau et prévention des plaies

Gestion des médicaments

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **non-respect** 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 les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 19(2)a) de la LRSLD

Services d'hébergement

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

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les éviers, les robinets et les toilettes des salles de bains soient toujours propres et sanitaires.

Les éviers, les robinets et les toilettes des salles de bains étaient couverts de crasse noir brunâtre, qui a pu être enlevée. La directrice générale ou le directeur général et l'experte-conseil ou l'expert-conseil clinique de Southbridge ont déclaré que ces zones étaient sales et qu'elles pouvaient être nettoyées, ajoutant qu'elles ou ils allaient établir un calendrier pour voir à leur nettoyage en profondeur. Le 13 août 2025, on a constaté que ces zones avaient été nettoyées, qu'il n'y avait pas de crasse autour de l'évier ou du robinet et que les autres salles de bains étaient propres.

Sources : Démarches d'observation dans plusieurs pièces; entretiens avec la directrice générale ou le directeur général et l'experte-conseil ou l'expert-conseil clinique de Southbridge.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 13 août 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 6(1)c) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente n'établissait pas de directives claires pour différents aspects des soins. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a vérifié le programme de soins et a établi que celui-ci n'était pas clair et que la personne résidente risquait de ne pas recevoir les soins requis.

Sources : Examen des dossiers cliniques à propos des évaluations concernant la personne résidente, des notes sur l'évolution de la situation, du programme de soins, des diagnostics et d'autres données cliniques; démarches d'observation menées auprès de la personne résidente; entretiens avec un membre de la famille de la personne résidente, ainsi qu'avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et la directrice ou le directeur des soins infirmiers par intérim.

AVIS ÉCRIT : Politique

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 11(1)a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Respect des politiques et dossiers

Paragraphe 11(1) – Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

a) soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, si la Loi ou le Règlement exige qu'il ait, établisse ou mette en place une politique, celle-ci soit conforme à toutes les exigences applicables de la Loi et mise en œuvre conformément à celles-ci.

Selon la politique du programme de gestion de la douleur de Southbridge (révisée pour la dernière fois en août 2025), il faut utiliser le document à propos de la douleur et de l'évaluation approfondie de celle-ci (PAIN – Comprehensive Pain Assessment) disponible dans PointClickCare (PCC) pour évaluer la personne résidente dans des circonstances particulières ou en cas de douleur extrême qui ne peut être soulagée par les stratégies établies (pharmacologiques et autres).

La ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité/la personne responsable de la gestion de la douleur a vérifié que la politique du programme de gestion de la douleur était bien la dernière version de la politique et a découvert que la politique n'établissait pas clairement qu'il fallait utiliser un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique pour évaluer la douleur, notamment lorsque des mesures d'intervention initiales n'ont pas pu soulager la douleur d'une personne résidente. La ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité a compris que le Règlement exigeait que le foyer mette en place une politique pour le programme de gestion de la douleur et a remarqué que la politique n'était pas conforme à toutes les exigences applicables à ce programme dans le contexte de la Loi, telles qu'elles sont énoncées au paragraphe 57(2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente et de la politique du programme de gestion de la douleur (RFC-03-21); entretien avec la ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité/la personne responsable de la gestion de la douleur.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

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

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] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Examiner la politique en matière de soins de la peau et des plaies, y compris les outils d'évaluation à utiliser. Consigner les renseignements sur cet examen dans un dossier, notamment les noms des personnes qui y ont participé et la date à laquelle il a eu lieu. Réviser la politique et les évaluations, au besoin, selon les résultats de l'examen. Consigner toute modification apportée dans un dossier.

2. Mettre à jour le programme de soins de la personne résidente en y incluant des directives claires et précises à l'intention du personnel et faire part de toutes les nouvelles mesures d'intervention aux membres du personnel chargés des soins directs.

3. Donner une formation au personnel infirmier autorisé du deuxième étage et consigner les renseignements sur la formation dans un dossier, notamment le contenu, les noms de la personne qui a offert la formation et des personnes qui l'ont suivie, et les dates de la formation.

4. Fournir une formation aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) du deuxième étage et consigner les renseignements sur la formation dans un dossier, notamment le contenu, les noms de la personne qui a offert la

formation et des personnes qui l'ont suivie, et les dates de la formation.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente fasse l'objet des évaluations, des traitements et des mesures d'intervention nécessaires.

Le programme de soins ne comportait aucune directive précise concernant les stratégies pour les soins de la peau et des plaies adaptées à la personne résidente, y compris en ce qui concerne la surveillance de la douleur. Des discussions avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et la championne ou le champion des soins de la peau et des plaies ont permis de relever des préoccupations liées à la réalisation d'évaluations et de traitements, de même qu'à la mise en œuvre de mesures d'intervention; de telles mesures étaient d'ailleurs toujours manquantes dans le programme de soins.

Sources : Démarches d'observation menées auprès de la personne résidente; examen des dossiers de santé, y compris des évaluations, des notes sur l'évolution de la situation, de l'administration des médicaments et de la réalisation des traitements, etc.; entretiens avec la personne résidente, sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, la directrice ou le directeur des soins infirmiers par intérim, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers, la championne ou le champion des soins de la peau et des plaies, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA), des infirmières auxiliaires autorisées ou des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), une PSSP, la ou le gestionnaire responsable de l'assurance-qualité/la personne responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs, la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires (évaluation RAI) et le médecin.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 3 octobre 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 005 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

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] :

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'alinéa 56(2)a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

a) Veiller à ce qu'on examine l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence pour garantir que celui-ci comprend l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières. Il convient de consigner les renseignements sur l'examen dans un dossier, notamment la date de l'examen, les noms des personnes qui y ont participé, les modifications apportées, le cas échéant, et tout suivi avec le personnel autorisé responsable de la réalisation de cette évaluation.

b) Veiller à ce que la personne résidente fasse l'objet d'une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation de la personne résidente l'exige, à ce qu'une évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

c) Veiller à ce que la personne résidente dispose d'un programme de soins personnalisé en vue de gérer l'incontinence et de promouvoir la continence, en fonction de l'évaluation clinique appropriée et des besoins individuels de cette personne en matière de soins liés à l'incontinence. Communiquer toutes les nouvelles mesures d'intervention aux membres du personnel chargés des soins directs et consigner dans un dossier les renseignements sur le suivi et la communication avec le personnel responsable de la mise en œuvre du programme de soins pour l'incontinence.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

d) Veiller à ce que le programme de soins liés à l'incontinence de la personne résidente soit mis en œuvre.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente, qui avait des problèmes d'incontinence, fasse l'objet d'une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, lorsque l'état ou la situation de cette personne résidente l'exigeait, à ce qu'on effectue une évaluation au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Aucune évaluation de l'incontinence n'avait été effectuée depuis l'admission pour déterminer si la personne résidente était actuellement incontinente, mais avait le potentiel d'être continente. En effet, la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une évaluation permettant d'établir sa continence ou son incontinence vésicale dans le cadre du résumé sur l'état de sa continence, et l'on n'avait établi aucune routine pour la l'élimination, ni type d'incontinence, ni tendance intestinale, ni facteurs causals. La directrice ou le directeur des soins infirmiers par intérim et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers ont vérifié si la personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation complète de l'incontinence depuis son admission et ont établi que ce n'était pas le cas.

Sources : Examen des dossiers cliniques à propos des évaluations concernant la personne résidente, des notes sur l'évolution de la situation, du programme de soins, des diagnostics et d'autres données cliniques; démarches d'observation menées auprès de la personne résidente; entretiens avec un membre de la famille de la personne résidente, avec l'experte-conseil ou l'expert-conseil clinique ainsi qu'avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers par intérim et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 3 octobre 2025

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 :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

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

**Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée***

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

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.