

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 : 27 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1161-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

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 D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 24, 25 et 27 novembre 2025.

Les inspections concernaient :

- Le signalement : n° 00161942, une plainte liée à des préoccupations en matière d'entretien ménager et de soins prodigués aux personnes résidentes.
- Le signalement : n° 00162231, lié à la chute d'une personne résidente.

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

Alimentation, nutrition et hydratation

Entretien ménager, services de buanderie et de maintenance

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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.

permis l'a **rectifié** avant l'issue 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 de la disposition 154 (2) de la LRS LD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRS LD (2021)

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

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

Le programme de soins alimentaire d'une personne résidente de l'outil Point Click Care précisait que la personne résidente avait des restrictions alimentaires précises, mais le programme Meal Suite utilisé dans la cuisine et la salle de service n'identifiait pas ces restrictions pour la même personne résidente.

Le ou la gestionnaire des services alimentaires a vérifié que le programme Meal Suite faisait partie du programme de soins pour toutes les personnes résidentes et que les restrictions alimentaires complètes de la personne résidente n'étaient pas mentionnées dans le programme Meal Suite, de sorte que le programme de soins ne fournissait pas de directives claires aux préposés du service alimentaire et aux autres membres du personnel qui aidaient la personne résidente. Le programme de soins a été mis à jour pour inclure ces mesures d'intervention.

Sources : examen du dossier clinique de la personne résidente, et entretiens avec le membre de la famille du résident et le ou la gestionnaire des services alimentaires.

Date de la rectification apportée : le 25 novembre 2025.

Problème de conformité n° 002 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRS LD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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.

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Les observations effectuées le 24 novembre 2025 au deuxième étage ont montré que la porte arrière de la salle à manger n'était pas verrouillée lorsqu'il n'y avait pas de surveillance. La porte était équipée d'une serrure à bouton et d'un mécanisme de serrure à torsion de l'intérieur, la serrure à torsion étant tournée pour s'ouvrir. Les puits de vapeur, les distributeurs d'eau chaude, le distributeur de café, les divers aliments et boissons étaient accessibles à toute personne résidente accédant à la salle à manger.

Les observations du 25 novembre 2025 ont montré que la serrure de la porte arrière de la salle à manger avait été remplacée par une serrure à bouton avec clé de l'extérieur et sans serrure à torsion de l'intérieur.

Sources : observation de la salle à manger du deuxième étage et entretien avec le ou la gestionnaire du service alimentaire.

Date de la rectification apportée : le 25 novembre 2025.

Problème de conformité n° 003 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Article 97 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Les observations effectuées le 24 novembre 2025 par le ou la gestionnaire du service alimentaire ont montré qu'une substance dangereuse avait été trouvée sous l'armoire de l'évier de la salle à manger du deuxième étage. L'armoire était accessible aux personnes

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.

résidentes. Le ou la gestionnaire du service alimentaire a déclaré que la substance dangereuse aurait dû être conservée dans une armoire fermée à clé et inaccessible aux personnes résidentes. Le ou la gestionnaire du service alimentaire a indiqué qu'il ou elle installerait une porte et une serrure sur l'armoire.

L'observation du 24 novembre 2025 a montré qu'une porte d'armoire avait été installée et qu'une serrure avait été posée sur les portes de l'armoire.

Sources : observation et entretien avec les membres du personnel.

Date de la rectification apportée : le 24 novembre 2025.