

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 2 avril 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1091-0002

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

**Titulaire de permis :** CVH (n° 5) 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 :** Country Village Homes – Woodslee, South Woodslee

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 28 et le 31 mars 2025 et les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00142841 – Inspection proactive de la conformité – 2025

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
 Soins de la peau et prévention des plaies  
 Gestion des médicaments  
 Alimentation, nutrition et hydratation  
 Conseils des résidents et des familles  
 Prévention et contrôle des infections  
 Foyer sûr et sécuritaire  
 Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
 Amélioration de la qualité  
 Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins  
 Droits et choix des résidents  
 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'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

À une date donnée, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les fenêtres de la salle d'activités, de la salle à manger et de la chambre d'une personne résidente qui donnaient sur l'extérieur et étaient accessibles aux personnes résidentes soient dotées de moustiquaires. Un membre de l'équipe de direction a été avisé immédiatement et les moustiquaires ont été remplacées dans ces fenêtres le jour même.

**Source :** Démarches d'observation.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : Les mesures de rectification ont été mises en œuvre à une date donnée.

### AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

**Non-respect du : paragraphe 35(4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35(4) – Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le dossier écrit concernant l'évaluation du plan de dotation pour 2024 comprenne un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

**Source :** Entretien avec un membre de l'équipe de direction; examen de l'évaluation du plan de dotation du foyer.

### **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 57(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57(1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis a omis de respecter son programme de gestion de la douleur, car il n'a pas effectué le suivi de la douleur d'une personne résidente.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce qu'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur.

Plus précisément, le programme de gestion de la douleur du foyer indiquait qu'une évaluation de la douleur devait être effectuée une fois par quart de travail. Le dossier clinique de la personne résidente ne contenait pas de preuves ni d'indications selon lesquelles on avait effectué des évaluations de la douleur au cours d'une période et à des dates données.

**Source :** Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; documentation clinique pour la personne résidente; politique du foyer en matière de gestion de la douleur; entretien avec un membre du personnel.