

**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**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 17 avril 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1308-0002**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** LaPointe-Fisher Nursing Home, Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairfield Park, Wallaceburg**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 16 avril 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00143994 – Inspection proactive de la conformité – 2025

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

Soins de la peau et prévention des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Gestion des médicaments  
Conseils des résidents et des familles  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Droits et choix des résidents  
Gestion de la douleur

**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

## 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 5 de la LRSLD**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes; en effet, on a déterminé qu'un seuil de porte extérieur présentait un risque de trébuchement.

Au cours d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur n° 101 a reconnu que la porte pouvait présenter un risque de trébuchement. Toutefois, l'administratrice ou l'administrateur n° 101 a expliqué que des membres du personnel sont présents pour aider les personnes résidentes à entrer et sortir et qu'aucun incident ne s'est produit.

Le 15 avril 2025, la personne responsable de l'entretien n° 122 a fourni un devis pour un nouveau seuil de porte qui sera acheté et installé une fois qu'il aura été fabriqué sur mesure au cours de la semaine suivante.

**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

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 15 avril 2025

Problème de conformité n° 002 – Non-respect rectifié aux termes du  
paragraphe 154(2) de la LRSLD.

**Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que  
le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes résidentes soient  
protégées contre les risques de brûlures liés à un foyer à gaz non sécurisé. Le  
10 avril 2025, on a constaté qu'un foyer à gaz accessible aux personnes résidentes  
dans un salon était trop chaud pour que l'on y touche sans se brûler la peau. On l'a  
immédiatement désactivé. Le 15 avril 2025, le foyer a fourni la preuve qu'il avait  
commandé un écran sur mesure pour créer une barrière empêchant les résidents  
d'appuyer leurs mains sur la vitre.

**Sources :** Démarches d'observation du 10 avril 2025; reçu de l'écran sur mesure et  
courriel de confirmation de l'installateur; entretien avec la personne responsable de  
l'entretien n° 122.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 15 avril 2025

Problème de conformité n° 003 – Non-respect rectifié aux termes du  
paragraphe 154(2) de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 6(10)b) de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6(10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet  
d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé  
tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le  
programme ne sont plus nécessaires.

**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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette à jour le programme de soins de la personne résidente n° 007 lorsque les besoins de cette personne ont évolué. Le 11 avril 2025, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour pour refléter ses besoins les plus récents et les interventions nécessaires.

**Sources** : Démarches d'observation du 8 avril 2025; programme de soins de la personne résidente n° 007; entretiens avec les membres du personnel n° 108 et n° 115.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 11 avril 2025

Problème de conformité n° 004 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la LRSLD.

**Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le savon disponible dans plusieurs salles de bains de personnes résidentes soit utilisé conformément aux spécifications du fabricant. Le 8 avril 2025, on a constaté que le savon de plusieurs salles de bains de personnes résidentes était périmé.

Le produit a été remplacé le 10 avril 2025.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections n° 110.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 10 avril 2025

**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

## AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des résidents – Obligation de répondre

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

### **Non-respect du : paragraphe 63(3) de la LRSLD**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63(3) – Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Lorsque le conseil des résidents a fait part au titulaire de permis de ses préoccupations concernant les lumières de la salle d'activité et les fenêtres vertes de la salle à manger, le titulaire de permis a omis de répondre par écrit au conseil des résidents dans les 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation.

Un membre du conseil des résidents a fait part de ses préoccupations lors de la réunion du 15 mars 2024. On a relevé que le foyer n'avait pas fourni de réponse écrite au conseil des résidents.

**Sources :** Examen des procès-verbaux du conseil des résidents et du dossier de plaintes pour 2024; entretiens avec des membres du personnel et des personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**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

**Non-respect de : l'alinéa 96(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96(1) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19(1)c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19(1)c) de la Loi, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des procédures soient en place pour l'entretien correctif; en effet, on a constaté que les lumières de la salle d'activités s'éteignaient lorsqu'on activait le bouton d'accessibilité de la porte d'entrée principale du foyer.

Le conseil des résidents a soulevé le problème lors de sa réunion de mars 2024, et celui-ci a été consigné dans le procès-verbal de mars 2025 comme étant « en cours ». La personne responsable de l'entretien n° 122 a reconnu le problème lors d'un entretien et a déclaré qu'elle n'avait pas fait preuve de la diligence nécessaire pour le régler.

**Sources :** Démarches d'observation dans la salle d'activités; examen des procès-verbaux du conseil des résidents; entretiens avec des personnes résidentes et des membres du personnel du foyer.

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

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

**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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre les normes délivrées par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Plus précisément, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des précautions supplémentaires soient prises; en effet, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas revêtu d'équipement de protection individuelle (EPI) avant d'entrer dans l'environnement d'une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions quant au contact.

Selon l'exigence supplémentaire prévue à l'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), le titulaire de permis doit veiller à ce qu'on prenne les précautions supplémentaires requises dans le cadre du programme de PCI. Plus précisément, à l'alinéa 9.1f) de la Norme, on indique que les précautions supplémentaires doivent, au minimum, inclure des exigences additionnelles quant au port adéquat de l'EPI. Conformément à la politique du foyer, lorsqu'une personne résidente fait l'objet de précautions quant au contact, il faut porter de l'EPI, y compris des gants et une blouse, pour entrer en contact avec cette personne résidente et les objets de son environnement.

**Sources :** Démarches d'observation; entretien avec un membre du personnel; examen de la politique du foyer.

**AVIS ÉCRIT : Qualité**

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 168(2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(2) – Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les

**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

renseignements suivants :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.
2. Une description écrite des domaines prioritaires en matière d'amélioration de la qualité, des objectifs, des politiques, des marches à suivre et des protocoles à l'égard de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice.
3. Une description écrite du processus utilisé pour recenser les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pour le prochain exercice et la manière dont ces domaines pour cet exercice se fondent sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer.
4. Une description écrite du processus pour surveiller et mesurer les progrès relatifs aux domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pour le prochain exercice, recenser et mettre en œuvre les rajustements, et communiquer les résultats.
5. Un relevé écrit de ce qui suit :
  - i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
  - ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
  - iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.
6. Un relevé écrit de ce qui suit :
  - i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43(5)b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
  - ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates

**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

auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

- iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que son rapport sur l'amélioration constante de la qualité réponde à chacune des exigences du paragraphe 168(2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Lors d'un examen des dossiers, on a constaté que les plans d'amélioration de la qualité publiés sur le site Web du foyer pour l'exercice 2025-2026 ne répondaient pas aux exigences du paragraphe 168(2) du Règl. de l'Ont. 246/22. Lors d'un entretien, la personne responsable de l'amélioration de la qualité n° 101 n'a pas été en mesure de démontrer clairement en quoi le rapport publié sur le site Web du foyer répondait à chaque exigence du paragraphe 168(2) de ce règlement.

**Sources :** Rapport sur l'évolution du plan d'amélioration de la qualité du foyer Fairfield Park pour 2024-2025; section narrative du plan d'amélioration de la qualité du foyer Fairfield Park pour 2025-2026; plan de travail en lien avec le plan d'amélioration de la qualité du foyer Fairfield Park pour 2025-2026; entretien avec la personne responsable de l'amélioration de la qualité.