

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 mai 2025

Numéro d'inspection : 2025-1178-0004

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Omni Quality Living (Lambton) Limited Partnership, par son associé commandité, Omni Quality Living (Lambton) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : Bear Creek Terrace, Petrolia

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 29 et 30 avril 2025, ainsi que les 1^{er} et 2 et du 5 au 9 mai 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00145280 – 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
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas la prise de mesures supplémentaires.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermées et verrouillées,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer ou les portes auxquelles les personnes résidentes n'ont pas accès soient gardées fermées et verrouillées.

Lors d'une visite initiale du foyer, le 29 avril 2025, l'inspectrice ou l'inspecteur a pu accéder à la porte de secours n° 3, laquelle menait à une autre porte déverrouillée donnant sur l'extérieur. Lors d'une vérification menée par le foyer, il a été constaté que la porte ne se verrouillait pas toujours de façon sécuritaire. Une affiche placée

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

de chaque côté de la porte rappelait au personnel de bien refermer la porte après chaque passage. Le foyer a réparé la porte le 30 avril 2025.

Sources : Observations, examen du dossier et entretiens avec le personnel du foyer.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 30 avril 2025

Problème de conformité n° 002 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRS LD* (2021).

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Lors d'une visite initiale du foyer, le 29 avril 2025, l'inspectrice ou l'inspecteur a pu accéder à une salle de matériel souillé de l'aire Ruby Hall, à une salle de matériel propre de l'aire Victoria Way et à la dépense de l'aire Ruby Hall, dont le clavier numérique était défectueux. Lors d'une vérification menée par le foyer, il a été constaté que certains mécanismes des portes dotées d'une serrure à combinaison avaient été déverrouillés. Une note de service à ce sujet a été transmise au personnel, et des étiquettes « Ne pas déverrouiller » ont été apposées sur toutes les portes munies d'un mécanisme de verrouillage. Le 30 avril 2025, le foyer a remplacé le clavier numérique défectueux de la porte de la dépense.

Sources : Observations, examen du dossier et entretien avec la directrice générale.

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 30 avril 2025

Problème de conformité n° 003 corrigé 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*.

Selon les *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif* du ministère de la Santé, « les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) sont le premier choix pour l'hygiène des mains lorsque celles-ci ne sont PAS visiblement souillées » et le DMBA « ne doit pas être périmé ».

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le DMBA contenu dans les distributeurs ne soit pas périmé, une observation effectuée le 29 avril 2025 ayant permis de constater que la date d'expiration du DMBA des distributeurs dans les aires Ruby Hall et Barclay ainsi que dans un couloir menant à une sortie du foyer était le 4 avril 2025.

Une autre observation, menée le 30 avril 2025, a permis de confirmer que les distributeurs contenaient désormais du DMBA expirant le 5 décembre 2027.

Sources : Observation des aires Ruby Hall et Barclay et d'un couloir menant à une sortie du foyer, examen des *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 30 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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit maintenu à la température requise. L'examen d'un relevé de température ambiante pour la salle à manger de l'aire Ruby Hall, en date du 5 mai 2025, faisait état de températures allant de 19 à 23 degrés Celsius, dont plus de 20 températures inférieures à 22 degrés Celsius. Le 7 mai 2025, un plan d'étage de l'aire Ruby Hall, extrait du système automatisé du foyer, indiquait huit températures inférieures à 22 degrés Celsius à différents endroits de cette aire.

Sources : Relevés de température ambiante.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les températures mesurées soient consignées par écrit. Lors d'un entretien, le personnel a indiqué que le foyer ne disposait d'aucun registre des mesures de la température ambiante. Le personnel a précisé que le foyer dispose d'un système automatisé de surveillance de la température, mais que ni le système ni le personnel du foyer ne tiennent un registre écrit des températures comme cela est exigé pour les aires indiquées.

Sources : Entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter son programme de gestion de la douleur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce qu'un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer soit mis en place et respecté.

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Plus précisément, il a été constaté qu'une évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (PAINAD) avait été entamée pour une personne résidente le 20 mars 2025, pour une période de sept jours. L'évaluation devait avoir lieu à chaque quart de travail jusqu'au 26 mars 2025. Sur les vingt et une évaluations requises, onze n'ont pas été effectuées. La politique du foyer sur l'évaluation de la douleur, OTP-PM-5-3, révisée pour la dernière fois et approuvée le 5 mars 2025, précisait que les personnes résidentes ayant un score de 3 ou plus à l'échelle de la performance cognitive doivent être évaluées à l'aide de l'outil d'évaluation PAINAD.

Sources : Examen des évaluations et des notes d'évolution de la personne résidente dans PointClickCare (PCC), examen de la politique du foyer sur l'évaluation de la douleur (OTP-PM-5-3), entretiens avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) 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,

(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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plaie d'une personne résidente soit réévaluée une fois par semaine. Selon l'examen du dossier, la personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation de la peau et des plaies le 16 mars 2025, soit 10 jours après celle du 6 mars 2025; une autre évaluation a eu lieu le 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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

21 jours après celle du 20 mars 2025; et une troisième évaluation a eu lieu le 26 avril 2025, 16 jours après celle du 10 avril 2025.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de préparation alimentaire prévoie au minimum la communication des substitutions de menu aux personnes résidentes et au personnel.

Lors d'une observation effectuée le 30 avril 2025 à 11 h, le menu affiché pour le déjeuner proposait des croquettes de crabe ou un sandwich au poulet ranch-césar, cependant, à 12 h, les personnes résidentes se sont vu offrir et servir des bâtonnets de poisson à la place des croquettes de crabe prévues au menu.

Un entretien avec un membre du personnel, à 12 h 54 le même jour, a permis de confirmer que la substitution des croquettes de crabe par des bâtonnets de poisson au menu du déjeuner n'avait pas été communiquée aux personnes résidentes.

Lors d'un entretien avec une personne résidente à 12 h 30, cette dernière a confirmé qu'elle n'avait pas été informée de la substitution au menu pour le déjeuner du 30 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^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Sources : Observations du service de déjeuner, entretiens avec le personnel et une personne résidente, examen des menus quotidiens et hebdomadaires affichés le 30 avril 2025.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 78 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (4) Le titulaire de permis tient et conserve pendant au moins un an un dossier de ce qui suit :

c) les substitutions de menu. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (4).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir et conserver, pendant au moins un an, un dossier des substitutions de menu.

Lors d'une observation effectuée le 30 avril 2025 à 11 h, le menu affiché pour le déjeuner proposait des croquettes de crabe comme premier choix ou un sandwich au poulet ranch-césar comme deuxième choix; toutefois, au moment du repas, les personnes résidentes se sont vu offrir et servir des bâtonnets de poisson à la place des croquettes de crabes prévues au menu.

Un membre du personnel a confirmé, lors d'un entretien mené le 1^{er} mai 2025 à 11 h 03, que le foyer ne tenait pas de dossier des substitutions des menus affichés pour l'année.

Sources : Observations du service de déjeuner, entretiens avec le personnel et une personne résidente, examen des menus quotidiens et hebdomadaires affichés le 30 avril 2025.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation

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 ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du
paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir à une personne résidente les appareils fonctionnels nécessaires pour lui permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Selon le programme de soins de la personne résidente dans PCC et les fiches des services de diététique, datées du 29 avril 2025 et du 2 mai 2025, le personnel devait fournir les appareils fonctionnels nécessaires à la personne résidente.

Un entretien mené avec le diététiste professionnel le 30 avril 2025 à 12 h a confirmé que la personne résidente avait besoin d'appareils fonctionnels pendant les repas, comme cela était indiqué dans le programme de soins et sur les fiches utilisées par le personnel de cuisine et les personnes préposées aux services de soutien personnel lors du service des repas.

Le 5 mai 2025, à 12 h 25, il a été observé que la personne résidente avait un appareil fonctionnel, mais que le deuxième ne lui avait pas été fourni.

Sources : Observations du service de déjeuner le 30 avril 2025 et le 5 mai 2025, entretiens avec le personnel, examen des fiches des services de diététique du programme de soins de la personne résidente dans PCC.