

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 1^{er} octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1474-0006

Type d'inspection :

Plainte
Suivi

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Village at St. Clair, Windsor

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23 au 26 et 29 septembre 2025, ainsi que 1^{er} octobre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00142344 : Suivi n° : 1, ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1474-0002 en lien avec le paragraphe 24(1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) – Obligation de protéger. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 7 août 2025
- Dossier : n° 00155096 – Dossier en lien avec une plainte anonyme concernant les soins fournis aux personnes résidentes, les évaluations, de même que la prévention et la gestion des chutes

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1474-0002 en lien avec le paragraphe 24(1) de la LRSLD

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Prévention et gestion des chutes

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 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 d'une personne résidente établisse des directives claires à l'intention des membres du personnel quant au niveau d'aide à apporter à la personne pour qu'elle puisse manger. En effet, dans le programme de soins, on faisait part d'un niveau d'aide pour ce qui est de manger; cependant, plusieurs membres du personnel, lors d'entretiens, ont indiqué que différents niveaux d'aide étaient requis auprès de la personne pendant le service des repas.

Lors de son examen du programme de soins, l'inspectrice ou l'inspecteur a relevé une mesure de soutien mise à jour concernant la personne résidente lorsqu'elle mange, qui s'accompagnait de directives plus claires à l'intention des membres du personnel quant à l'aide à donner à la personne pendant le service des repas.

Sources : Entretiens avec des membres du personnel; démarches d'observation; programme de soins.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 29 septembre 2025

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53(1)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 :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis a omis de respecter le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. En effet, suivant la chute sans témoin d'une personne résidente, on a omis de réaliser intégralement une routine de suivi des blessures à la tête auprès de la personne.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques écrites qui sont élaborées.

Conformément à la politique du foyer à propos de la routine de suivi des blessures à la tête dans le contexte des soins de longue durée, il fallait réaliser auprès d'une personne résidente qui avait fait une chute des évaluations des blessures à la tête à des intervalles réguliers, à moins qu'on reçoive d'autres ordres de la part d'un médecin. À deux reprises, les membres du personnel ont consigné dans le dossier correspondant que la personne résidente dormait. Les membres du personnel ont confirmé que dans un tel cas, on s'attendait à ce qu'ils réveillent la personne résidente pour s'assurer qu'elle est en sécurité et pour effectuer la routine de suivi des blessures à la tête.

Sources : Politique à propos de la routine de suivi des blessures à la tête dans le contexte des soins de longue durée; évaluation incomplète auprès de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.