

**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 ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 19 novembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1144-0008**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Caressant Care Woodstock Nursing Home, Woodstock**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 17, 18 et 19 novembre 2025

## L'inspection concerne :

- Signalement : n° 00158602 – Suivi n° : 1 – Ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1144-0007 – Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Programme de prévention et de contrôle des infections. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 31 octobre 2025
- Signalement : n° 00158702 – 2636-000074-25 – Signalement en lien avec les soins de la peau et des plaies fournis à une personne résidente
- Signalement : n° 00158760 – 2636-000075-25 – Signalement en lien avec les soins de la peau et des plaies fournis à une personne résidente
- Signalement : n° 00161156 – Signalement en lien avec une plainte relative à des préoccupations concernant la lutte contre les ravageurs
- Signalement : n° 00161181 – 2636-000081-25 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente
- Signalement : n° 00161378 – Signalement en lien avec une plainte relative à des préoccupations concernant la lutte contre les ravageurs
- Signalement : n° 00161517 – 2636-000082-25 – Signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente
- Signalement : n° 00161687 – 2636-000083-25 – Signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente

**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 ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1144-0007 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

On a omis de changer les pansements d'une personne résidente, comme le demandaient pourtant les ordres d'administration du traitement la concernant.

**Sources** : Examens des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**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 ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

**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.

On a omis de mettre en œuvre pour une personne résidente le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, lequel prévoit des stratégies visant à diminuer le nombre de chutes et à atténuer les risques connexes. En effet, après la chute de la personne résidente, on a omis de procéder à réévaluation auprès de celle-ci et de mettre à jour son programme de soins.

Dans le contexte 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 élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes. Plus précisément, selon la politique correspondante du foyer, il faut réévaluer les personnes résidentes, en plus d'examiner et de mettre à jour leur programme de soins, s'il y a un changement important dans l'état de ces personnes et si les interventions établies ne sont plus nécessaires ou se révèlent inefficaces, par exemple à la suite d'une chute.

La personne résidente concernée a fait des chutes. Cependant, à la suite de celles-ci, on a omis d'examiner son programme de soins et de le mettre à jour en y intégrant des interventions personnalisées.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente; politique associée au programme de gestion des chutes (Falls Management Program); entretiens avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 123 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22****Système de gestion des médicaments**

Paragraphe 123 (3) – Les politiques et protocoles écrits doivent :

**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 ON N6A 5R2  
Téléphone : 800-663-3775

- a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;
- b) être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical.

Dans la partie C du document du foyer sur la routine de suivi des blessures à la tête à la suite d'une chute [Post-Fall Head Injury Routine (HIR)], on indiquait qu'il fallait réaliser un examen des médicaments de certaines catégories après une chute. Cependant, dans le cas de deux personnes résidentes ayant fait une chute, on a continué d'administrer des médicaments, alors que les dossiers ne faisaient état d'aucune discussion avec le médecin à ce sujet. La marche à suivre correspondante, mise au point par la haute direction, ne s'appuyait pas comme il se fallait sur des données probantes. Les membres du personnel infirmier, un médecin et une pharmacienne ou un pharmacien ont dit douter de la pertinence de cette marche à suivre; pour sa part, le foyer n'a pas pu confirmer qu'elle avait été approuvée par la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

**Sources :** Entretiens avec des membres du personnel; dossiers cliniques des personnes résidentes; marche à suivre du foyer sur la routine de suivi des blessures à la tête à la suite d'une chute (Post-Fall HIR Procedure).