

Rapport public

Date d'émission du rapport : 22 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1213-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership, par son partenaire général, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : Maplewood, Brighton

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 16, 17, 20 et 21 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00148786 – Incident critique n° 2717-000012-25 – Dossier en lien avec l'éclosion déclarée d'une maladie
- Dossier : n° 00152581 – Incident critique n° 2717-000014-25 – Dossier en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : paragraphe 54(3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(3) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

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 d'Ottawa

347 rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(3).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des protecteurs de hanche soient disponibles pour une personne résidente donnée. Plus précisément, on a omis de mettre en place des protecteurs de hanche auprès de cette personne les 29 et 30 juillet 2025, ainsi que le 20 octobre 2025. Les membres du personnel ont confirmé avoir omis de mettre ces protecteurs en place, car aucun appareil de ce type n'était à leur disposition.

Sources : Examen des notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente et du programme de soins de celle-ci; démarches d'observation réalisées par l'inspectrice ou l'inspecteur le 20 octobre 2025; entretiens avec plusieurs membres du personnel.