

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 :** 18 septembre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1168-0007

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Axiom Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Elmwood Place, London

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12, 15, 16, 17 et 18 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00154515 – Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) – 3054-000044-25 – Dossier en lien avec une chute
- Dossier : n° 00156264 – Rapport du SIC – 3054-000048-25 – Dossier en lien avec une chute
- Dossier : n° 00157450 – Rapport du SIC – 3054-000034-25 – Dossier en lien avec une blessure d'origine inconnue

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

Soins de la peau et prévention des plaies  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Documentation

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 : l'alinéa 6(9)1 de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6(9) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on documente la prestation de soins à l'intention d'une personne résidente.

Une personne préposée aux services de soutien personnel a consigné dans le système de points de service du foyer de l'information selon laquelle une personne résidente avait reçu des soins, alors que ça n'avait pas été le cas.

**Sources** : Rapport d'incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente, y compris son programme de soins et les tâches connexes; notes d'enquête du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

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

#### **Non-respect du : paragraphe 25(1) de la LRSLD**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25(1) – Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on respecte la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes. En effet, on a omis d'aviser immédiatement la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente d'un incident présumé de mauvais traitements à l'endroit de cette personne résidente.

Selon la marche à suivre du foyer à propos de la prise immédiate de mesures lors de cas de mauvais traitements ou de négligence ainsi que du signalement de tels cas, qui

faisait partie de la politique du foyer associée au programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, les personnes responsables des incidents devaient divulguer les cas présumés de mauvais traitements à la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente concernée dès qu'ils prenaient connaissance de ces cas.

On a omis d'informer la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente, avant la fin de l'enquête, que le foyer menait une enquête sur un cas présumé de mauvais traitements.

**Sources** : Rapport d'incident critique; politique du foyer associée à la marche à suivre à propos de la prise immédiate de mesures lors de cas de mauvais traitements ou de négligence ainsi que du signalement de tels (CARE19-P20.01); entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

### **Non-respect du : sous-alinéa 55(2)b(i) 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 :

i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente se fasse évaluer la peau à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Une personne résidente a subi une blessure qui a nécessité un traitement. On a omis de réaliser une évaluation de la peau et des plaies dans la zone où il y avait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, alors qu'on aurait dû le faire.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les notes sur l'évolution de la situation et les évaluations; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Services de thérapeutique**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

### **Non-respect de : l'alinéa 65a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services de thérapeutique

Article 65 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient organisés à l'intention des résidents du foyer ou fournis à ceux-ci, en application de l'article 13 de la Loi, des services de thérapeutique qui comprennent ce qui suit :

a) la physiothérapie fournie sur les lieux aux résidents sur une base individuelle ou en groupe, compte tenu de leurs besoins évalués en matière de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on organise la prestation de services de physiothérapie à l'intention d'une personne résidente en fonction des besoins propres à celle-ci.

Une personne résidente a fait une chute et l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé a entrepris des démarches d'aiguillage pour que la personne fasse l'objet d'une évaluation de la part d'une ou d'un physiothérapeute. Ce n'est qu'après de multiples démarches d'aiguillage, sur une longue période, que l'on a enfin évalué la personne résidente, en raison d'une erreur dans le système d'aiguillage qui a fait en sorte que la ou le physiothérapeute n'a pas été informé(e) des démarches ainsi faites. En outre, la ou le physiothérapeute n'a reçu de la part du personnel aucune information selon laquelle la personne résidente avait besoin d'une évaluation.

**Sources** : Politique du foyer en matière de réadaptation spécialisée (numéro CARE15-P10.03); babillard du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les notes sur l'évolution de la situation et les évaluations; entretiens avec la ou le physiothérapeute et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 115(5)3.v. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(5) – Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on modifie un rapport d'incident critique en y incluant le résultat atteint ou l'état actuel de la personne résidente en cause dans l'incident en question.

**Sources** : Rapport d'incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les renseignements qui la concernent tirés du recensement; entretiens avec des membres du personnel.