

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 initial

Date d'émission du rapport : 5 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1447-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : McGarrell Place, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 24, 25, 28, 29, 31 octobre 2024 et 1^{er} novembre 2024

Les inspections concernaient le suivi des ordres de conformité suivants :

- Plainte n° 00123674 – ordre de conformité n° 001 découlant de l'inspection n° 2024_1447_0004 relative à la disposition 6 (5) de la LRSLD (2021). Programme de soins avec échéance de la mise en conformité au 30 août 2024
- Plainte n° 00123675 – ordre de conformité n° 002 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021). Programme de soins avec échéance de la mise en conformité au 30 août 2024
- Plainte n° 00123668 – ordre de conformité n° 003 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021). Obligation de protéger avec échéance de la mise en conformité au 6 septembre 2024
- Plainte n° 00123669 – ordre de conformité n° 004 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relativement à la disposition 52 (1) a. du Règl. de l'Ont. 246/22. Qualités requises du personnel avec échéance de la mise en conformité au 30 août 2024
- Plainte n° 00123673 – ordre de conformité n° 005 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la disposition 61 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22. Soins palliatifs avec échéance de la mise en conformité au 30 août 2024
- Plainte n° 00123672 – ordre de conformité n° 006 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22. Administration des médicaments avec échéance de la mise en conformité au 13 septembre 2024
- Plainte n° 00123670 – ordre de conformité n° 007 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la disposition 82 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22. Formation avec échéance de la mise en conformité au 13 septembre 2024
- Plainte n° 00123671 – ordre n° 008 découlant de l'inspection 2024_1447_0004 relative à la

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

disposition 278 (1) 1. du Règl. De l'Ont. 246/22. Dossiers du personnel avec échéance de la mise en conformité au 30 août 2024

L'inspection pour plainte concernait :

- Plainte n° 00124794 – plainte anonyme relative à de mauvais traitements allégués à l'égard de personnes résidentes par une personne résidente

L'inspection pour incident critique (IC) concernait :

- Plainte n° 00123893 [IC n° 2964-000021-24] relative à la chute avec blessure d'une personne résidente
- Plainte n° 00124089 [IC n° 2964-000022-24] relative à un événement d'hypoglycémie et une hospitalisation
- Plainte n° 00129083 [IC n° 2964-000028-24] relative à une éclosion de parainfluenza

L'inspection d'incident critique concernait :

- Plainte n° 00122271 [IC n° 2964-000017-24] relative à la chute avec blessure d'une personne résidente
- Plainte n° 00122569 [IC n° 2964-000018-24] relative à la chute avec blessure d'une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 52 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 82 (2) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 278 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 61 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 6 (5) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1447-0004 relativement à la disposition 6 (7) 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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
- Soins palliatifs (Palliative Care)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition de l'art. 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

art. 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des accessoires fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise un dispositif de surveillance conformément aux instructions des fabricants.

Justification et résumé

Une personne résidente a été évaluée comme étant dans un état particulier par deux infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA) et a été envoyée à l'hôpital, où la personne résidente a été diagnostiquée avec une condition médicale. Les IA n'ont pas respecté les instructions du fabricant pour l'équipement qui était utilisé.

Ne pas respecter les instructions a retardé le traitement de la personne résidente et a potentiellement conduit à un transfert hospitalier inutile.

Sources : Examen d'un rapport du SIC, des dossiers médicaux de la personne résidente, et entretiens avec une ou un IA et la directrice ou le directeur des soins (DSI).

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

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Programmes obligatoires

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de gestion de la douleur.

Selon la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis a l'obligation d'établir un programme de gestion de la douleur pour identifier et prendre en charge la douleur chez les personnes résidentes et de respecter ce programme.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du foyer en n'avisant pas le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) lorsqu'une personne résidente a éprouvé l'apparition soudaine d'une nouvelle douleur.

Justification et résumé

L'IA n'a pas appelé le médecin ou l'IP lorsque la personne résidente s'est plainte de l'apparition soudaine d'une nouvelle douleur intense, mais a plutôt consigné les faits pour que le personnel du quart de jour avise le médecin.

Le personnel n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du foyer ni avisé le médecin ou l'IP de l'apparition soudaine d'une nouvelle douleur pour la personne résidente, ce qui a retardé les interventions de soulagement de la douleur et a possiblement causé la deuxième chute de la personne résidente.

Sources : Examen d'un rapport du SIC, de la procédure « Pain Assessment and Management » [évaluation et gestion de la douleur] du foyer, et entretien avec la DSI.

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

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 003 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115 (3) 7 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports sur les incidents critiques

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

7. Un incident d'hypoglycémie sévère ou d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement qui nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le directeur ou la directrice soit informé(e) au plus tard un jour ouvrable après un incident avec transfert à l'hôpital.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi un incident et a été transférée à l'hôpital. La DSI a avisé le directeur ou la directrice de l'incident trois jours ouvrables plus tard, après avoir appris l'incident à partir des dossiers de l'hôpital.

Sources : Examen d'un rapport du SIC, et notes de réunion de la DSI avec une ou un IA et entretien avec la DSI.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 147 (3) a) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) un examen trimestriel est effectué à l'égard de l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon qui sont survenus au foyer depuis le dernier examen afin, à la fois :

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

(iii) de recenser les tendances en matière d'incidents d'hypoglycémie sévère et d'incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'examen trimestriel d'un incident soit effectué afin de recenser les tendances.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi un incident qui n'a pas été inclus dans l'examen trimestriel du foyer. La DSI a admis cette omission, ce qui peut avoir entravé l'identification d'une tendance d'incidents.

Sources : Examen d'un rapport du SIC et du rapport pharmacologique, et entretiens avec une ou un IA et la DSI.