

Rapport public

Date d'émission du rapport : 7 février 2025

Numéro d'inspection : 2025-1447-0001

Type d'inspection :
 Inspection proactive de la conformité

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 : McGarrell Place, London

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 27, 28, 29, 30 et 31 janvier 2025, et 3, 4, 5, 6 et 7 février 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00137656 – Inspection proactive de la conformité – 2025

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
 Soins de la peau et prévention des plaies
 Gestion des médicaments
 Conseils des résidents et des familles
 Alimentation, nutrition et hydratation
 Prévention et contrôle des infections
 Foyer sûr et sécuritaire
 Prévention des mauvais traitements et de la négligence
 Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
 Amélioration de la qualité
 Droits et choix des résidents
 Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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).

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

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

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on fournisse comme prévu à une personne résidente les soins figurant dans le dossier d'administration des traitements de celle-ci. À deux reprises, on a indiqué qu'il fallait consulter les notes du personnel infirmier à l'égard d'un traitement prévu. Dans les notes sur l'évolution de la situation pour les dates correspondantes, il n'y avait aucune explication indiquant si on avait tenté de donner le traitement.

Sources : Dossier d'administration des traitements et notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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

Non-respect du : paragraphe 63(3) de la LRSLD

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63(3) – Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Lorsque le comité de l'alimentation des personnes résidentes l'a informé de préoccupations ou de recommandations en lien avec l'alimentation, le titulaire de permis a omis de lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Dans les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité de l'alimentation des douze mois précédents, on avait fait état de multiples préoccupations liées à la préparation alimentaire. La personne assurant la liaison pour le comité de l'alimentation a indiqué qu'on avait pris ces préoccupations en compte, puis qu'on avait fait un suivi de vive voix auprès des personnes résidentes membres du conseil, mais qu'on avait toutefois omis de répondre aux préoccupations par écrit.

Sources : Entretiens avec la personne assurant la liaison pour le comité de l'alimentation et la personne représentante du conseil des résidents; procès-verbaux des réunions mensuelles du conseil des résidents de janvier 2024 à décembre 2024.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect de : l'alinéa 34(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le dossier écrit à propos des évaluations annuelles des soins de la peau et de la prévention des plaies ainsi que de la gestion de la douleur pour 2023 comprenne la date des évaluations, un résumé des changements apportés et la date de mise en œuvre de ceux-ci.

L'évaluation annuelle des soins de la peau et de la prévention des plaies et l'évaluation annuelle de la gestion de la douleur pour 2023 étaient datées de juillet 2024; la date complète de ces évaluations n'était pas indiquée. Même si, dans ces évaluations, on faisait part de points à améliorer, il n'y avait aucune information à propos des changements apportés – si des changements avaient bien été faits – et on n'indiquait pas non plus les dates de mise en œuvre de toute mesure d'amélioration; on mentionnait uniquement que le tout était en cours. La directrice générale ou le directeur général a constaté que dans les évaluations, il n'y avait pas d'information claire sur tout changement apporté et que les dates correspondantes n'étaient pas non plus indiquées. Elle ou il a aussi reconnu que le modèle d'évaluation ne comportait pas de zone pour la documentation des changements apportés au programme, le cas échéant.

Sources : Évaluation annuelle des soins de la peau et de la prévention des plaies pour 2023; évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur pour 2023; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect du : paragraphe 35(4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35(4) – Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on conserve, à propos de l'évaluation du plan de dotation pour 2024, un dossier écrit comprenant un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Dans l'évaluation du plan de dotation fournie par la ou le DSI, on pouvait voir les noms de trois personnes participantes ainsi que la date correspondante, mais rien d'autre n'avait été documenté. La ou le DSI a indiqué avoir passé en revue les effectifs et apporté des modifications au plan d'urgence; cependant, ces démarches n'avaient pas été documentées.

Sources : Évaluation du plan de dotation du foyer pour 2024; entretiens avec la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect du : sous-alinéa 55(2)b)(iv) 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réévalue une fois par semaine les zones de la peau d'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Sur une période de deux mois, pour de multiples évaluations hebdomadaires de ces zones qui étaient prévues, on a indiqué que l'évaluation avait été réalisée ou qu'il fallait consulter les notes du personnel infirmier dans le dossier d'administration des traitements; cependant, pour ce qui est des évaluations prévues qui n'ont pas été effectuées, il n'y avait aucune justification à propos de leur omission.

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

Sources : Dossiers d'administration des traitements; notes sur l'évolution de la situation et onglet sur les plaies et la peau dans PointClickCare à propos de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel infirmier autorisé.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 78(2)f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78(2) – Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel.

Le titulaire de permis a omis de faire part aux personnes résidentes d'une substitution de menu. En effet, alors que des petits pois figuraient sur le menu affiché du dîner, ce sont des carottes qui ont été servies dans la salle à manger. Après le service du dîner, un membre du personnel des services alimentaires a fait savoir qu'il aurait fallu indiquer ce changement sur le menu affiché.

Sources : Entretien avec un membre du personnel des services alimentaire; démarches d'observation faites pendant le dîner.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 79(1)5 du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le repas du midi, composé d'un plat principal et d'un accompagnement, soit servi à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes. La température de tous les éléments du repas a été consignée collectivement comme une seule température, et non séparément pour le plat principal et l'accompagnement. La ou le gestionnaire de la nutrition a indiqué que cela n'aurait pas dû se produire et a ensuite informé l'inspectrice ou l'inspecteur qu'elle ou il avait corrigé le problème dans son système de consignation des températures des aliments afin d'éviter que cela ne se reproduise.

En outre, le personnel a eu du mal à définir un processus permettant de s'assurer que les aliments et les liquides étaient servis à une température sûre, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas trop chauds pour les personnes résidentes.

Sources : Entretien avec la ou le gestionnaire de la nutrition et un membre du personnel des services alimentaires; rapports sur la température des aliments; démarches d'observation faites pendant le dîner.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : sous-alinéa 168(2)5i du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(2) – Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport préparé sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité contienne la date à laquelle a été réalisé le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins au cours de l'exercice 2023-2024.

Les responsables du foyer ont réalisé le sondage entre le 11 septembre 2023 et le 31 octobre 2023, et la directrice générale ou le directeur général, qui était également la ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité, a confirmé que la copie du rapport narratif sur l'amélioration constante de la qualité publiée sur son site Web n'indiquait pas la date à laquelle le sondage a été effectué.

Sources : Section narrative du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, 2 avril 2024; plan de travail en lien avec le plan d'amélioration de la qualité; entretien avec la ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : sous-alinéa 168(2)5iii. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(2) – Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les

renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport préparé sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité indique la façon dont les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins mené au cours de l'exercice 2023-2024 ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer, ainsi que les dates auxquelles ces résultats ont été communiqués.

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles indiquent que les résultats du sondage ont été communiqués en mars 2024. La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que les résultats du sondage ont été communiqués aux conseils en mars 2024, et qu'ils ont été communiqués aux membres du personnel lors des réunions et affichés sur le tableau de l'amélioration de la qualité en mars 2024. La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que le rapport ne contenait pas cette information.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles; section narrative du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, 2 avril 2024; plan de travail en lien avec le plan d'amélioration de la qualité; démarches d'observation du tableau de l'amélioration de la qualité; entretien avec la ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 168(2)6 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(2) – Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43(5)b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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

programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport préparé sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité contienne les renseignements exigés aux termes de l'alinéa 168(2)6 du Règl. de l'Ont. 246/22.

La section narrative du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, datée du 2 avril 2024, ne comprenait pas les mesures prises, la date de mise en œuvre de celles-ci, ni les résultats des mesures visant à améliorer les soins et les services en fonction des résultats du sondage mené au cours de l'exercice 2023-2024. En outre, le foyer a publié un plan de travail qui présente les indicateurs, les idées de changements, les mesures, les processus et les objectifs, mais les résultats ne figurent pas dans ce plan de travail. La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que l'information requise ne figurait pas dans le rapport.

La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a déclaré que le conseil des résidents et le conseil des familles ont un rôle à jouer dans les mesures prises, notamment l'examen des résultats du sondage et l'examen du plan de travail mis en œuvre pour donner suite aux principaux points à améliorer relevés au moyen des sondages auprès des personnes résidentes et des familles. La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que le rôle des conseils dans les mesures prises ne figure pas dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité. Le rôle des membres du comité d'amélioration constante de la qualité était d'examiner les problèmes relatifs à la qualité, de formuler des recommandations concernant les points prioritaires à améliorer et de soutenir la mise en œuvre du plan de travail; on a confirmé que cette information ne figurait pas dans le rapport. On a fait part du plan de travail aux conseils en mars 2024 lors d'une réunion prévue, puis on a préparé le plan de travail et on l'a publié sur le site Web public en avril 2024. On a confirmé que la manière dont les mesures prises ont été communiquées aux conseils, aux personnes

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

résidentes, aux familles et aux membres du personnel ne figurait pas dans le rapport.

Sources : Section narrative du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, 2 avril 2024; plan de travail en lien avec le plan d'amélioration de la qualité; entretiens avec la ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité, la personne représentante du conseil des résidents et la présidente ou le président du conseil des familles.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 168(3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168(3) – Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on remette une copie du rapport à propos de l'initiative d'amélioration constante de la qualité au conseil des familles.

Le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents de juin 2024 indique que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité a été transmis aux membres. Rien n'indique que le rapport a été transmis au conseil des familles. La ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité a confirmé que rien dans les procès-verbaux des réunions du conseil des familles et du comité d'amélioration constante de la qualité n'indique que le rapport a également été transmis au conseil des familles en juin 2024.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles; section narrative du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, 2 avril 2024; plan de travail en lien avec le plan d'amélioration de la qualité; entretien avec la ou le gestionnaire des activités récréatives (personne assurant la liaison pour le conseil des résidents) et la ou le responsable de l'amélioration constante de la qualité.