

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

Date d'émission du rapport : 23 janvier 2026.

Numéro d'inspection : 2026-1403-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Iris L.P., par ses partenaires généraux, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare London, London

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22 et 23 janvier 2026.

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 15 janvier 2026.

L'inspection concernait :

- Le signalement n° 00167412 – inspection proactive de la conformité

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité

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

Personnel, formation et normes de soins
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Conseils

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

Non-respect du : paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage en 2025.

Sources : procès-verbaux de la réunion du conseil des familles et des amis (de janvier à décembre 2025) et entretiens avec le président ou la présidente du conseil des familles et le directeur général ou la directrice générale du foyer.

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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

Non-respect du : paragraphe 66 (3) de la LRSLD (2021)

Pouvoirs du conseil des familles

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 London130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'un ou l'autre des alinéas 8 ou 9 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.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au conseil des familles dans les 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupations ou de recommandations de la part du conseil. Le procès-verbal de la réunion du conseil des familles indique que le conseil a fait part de ses préoccupations et de ses recommandations à la direction du foyer. Le conseil a reçu des réponses à une date qui dépassait le délai de 10 jours.

Sources : procès-verbal de la réunion du conseil des familles (février à mai 2025) et entretien avec le président ou la présidente du conseil des familles.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Les températures qui devaient être mesurées, y compris deux chambres de personnes résidentes dans des parties différentes du foyer et une aire commune des personnes résidentes à chaque étage du foyer, n'ont pas été consignées une fois le soir ou la nuit.

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 London130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Un examen du dossier de surveillance de la température ambiante intérieure et de l'humidex (Indoor air temperature and humidex monitoring record) à l'étage principal du foyer a révélé qu'aucune température dans les chambres des personnes résidentes n'avait été consignée le soir ou la nuit du 1^{er} janvier au 19 janvier 2026.

Le dossier de surveillance de la température ambiante intérieure et de l'humidex (Indoor air temperature and humidex monitoring record) de l'étage supérieur du foyer indique qu'aucune température n'a été consignée pour une chambre de personne résidente ou une aire commune pendant sept des 19 soirs et nuits.

Sources : observations des températures dans une aire du foyer, registre de surveillance de la température ambiante intérieure et de l'humidex du foyer pour chaque aire du foyer, entretien avec le personnel d'entretien ménager et le ou la responsable de l'environnement.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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.

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

A) Le dossier écrit de l'évaluation annuelle de 2025 du programme de soins de la peau et des plaies du foyer ne mentionne pas les dates de mise en œuvre des changements.

Sources : évaluation du programme de soins de la peau et des plaies 2025 et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

B) Le dossier écrit de l'évaluation annuelle 2025 du programme de gestion de la douleur du foyer ne comprenait pas de résumé des changements apportés et de la date à laquelle ces changements ont été mis en place.

Sources : évaluation du programme de gestion de la douleur 2025 et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Lorsque la douleur d'une personne résidente n'a pas été soulagée par les mesures d'intervention initiales, y compris la mesure d'intervention pharmacologique, la personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié.

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 London130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Le dossier clinique d'une personne résidente indique qu'elle a subi des mesures d'intervention contre la douleur, qui ont été documentées comme étant inefficaces. Aucun dossier n'indique que la personne résidente a fait l'objet d'une réévaluation lorsque ses mesures d'intervention contre la douleur ont été jugées inefficaces.

Le ou la responsable de la gestion de la douleur du foyer a confirmé que les évaluations de la douleur n'avaient pas été effectuées lorsque les stratégies de gestion de la douleur de la personne résidente étaient inefficaces.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le ou la responsable de la gestion de la douleur et examen de la politique du programme de gestion de la douleur du foyer.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Au cours de l'inspection, un membre du personnel a été observé entrant dans une chambre où les précautions contre les gouttelettes et les contacts étaient en vigueur, sans porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que l'étudiant ou l'étudiante n'avait pas revêtu l'ÉPI approprié lorsqu'il ou elle est entré(e) en contact avec la 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^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, observations, entretiens avec le membre du personnel et le ou la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

La substance désignée d'une personne résidente n'était pas entreposée dans un endroit distinct, verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Lors d'une observation de l'administration de médicaments, une personne résidente a demandé à ce que l'on retarde l'administration de ses médicaments, qui comprenaient une substance désignée. Les médicaments préparés ont été placés dans le chariot à médicaments, mais pas entreposés dans l'endroit verrouillé à double tour.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, examen de la politique du foyer concernant l'entreposage sécuritaire et la destruction des médicaments (Safe Storage and Drug Destruction), et entretiens avec le personnel autorisé et le directeur ou la directrice des soins infirmiers intérimaire.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 8. du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

8. Au moins un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le comité d'amélioration constante de la qualité n'a pas inclus au moins un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Sources : procès-verbal de la réunion du comité consultatif professionnel – comité d'amélioration constante de la qualité (janvier 2026) et entretien avec le directeur général ou la directrice générale.