

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 23 janvier 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1393-0001**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Henley House Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** The Henley House, St. Catharines**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 14 au 17 et les 20, 21 et 23 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00136793 – Inspection proactive de la conformité (IPC) pour The Henley House.

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

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**Problème de conformité corrigé**

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) c) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

(c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence soit affichée dans le foyer. Le 17 janvier 2025, il a été constaté que ce renseignement était affiché.

Sources : la visite initiale du foyer; l'observation de la politique affichée.

Date de la rectification apportée : 17 janvier 2025

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) r) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'explication des protections contre les dénonciations soit affichée dans le foyer. Le 17 janvier 2025, il a été constaté que ce renseignement était affiché.

Sources : visite initiale du foyer; observation de l'affiche.

Date de la rectification apportée : 17 janvier 2025

Non-respect n° 003 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 351 (2) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Protection de la vie privée dans les rapports

Par. 351 (2) Si un rapport d'inspection visé à l'alinéa (1) a), c) ou d) contient des renseignements personnels ou des renseignements personnels sur la santé, seuls les renseignements suivants sont affichés, remis ou publiés, selon le cas :

1. S'il y a constatation de non-conformité, une version du rapport qui a été modifiée par un inspecteur de façon à ne fournir que la constatation et un résumé de la preuve à l'appui.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un rapport d'inspection contenait des renseignements personnels ou des renseignements personnels sur la santé, seule une version du rapport qui avait été modifiée par un inspecteur de façon à ne fournir que la constatation et un résumé de la preuve à l'appui soit affichée. La copie du foyer d'un rapport d'inspection a été affichée dans le foyer. Aucune plainte concernant une violation de la vie privée n'a été signalée et le rapport a été retiré le jour même.

Sources : les observations au premier étage du foyer.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 16 janvier 2025

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Par. 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur une aire non résidentielle soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel. Une pièce de l'aire résidentielle d'une personne résidente contenant des produits chimiques de nettoyage utilisés par le personnel d'entretien n'était pas fermée et verrouillée.

Sources : les observations lors de la visite du foyer; les entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 du 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 visés à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'au moins un employé du titulaire de permis qui a été embauché comme personne préposée aux services de soutien personnel ou qui fournit de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des personnes préposées aux services de soutien personnel.

Sources : mandat du comité de la qualité; procès-verbaux des réunions sur l'amélioration constante de la qualité; entretien avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 168 (2) 5) ii) 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 :

ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer comprenne un document écrit sur les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes, de leur famille ou des fournisseurs de

soins qui a été effectué au cours de l'exercice.

Sources : rapport sur l'amélioration constante de la qualité.

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

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 168 (2) 5. iii 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 n'a pas veillé à ce que son rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer indique les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes, de leur famille ou des fournisseurs de soins réalisée au cours de l'exercice 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.

Sources : rapport sur l'amélioration constante de la qualité.

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 (2021)

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Par. 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 n'a pas veillé à ce que son rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer soit transmis au conseil des résidents et au conseil des familles.

Sources : procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et des familles; entretiens.

AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Art. 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les recommandations applicables formulées par le médecin-hygiéniste en chef soient suivies dans le foyer en s'assurant qu'aucun désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) utilisé ne soit périmé.

Conformément aux Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, au point 3.1 des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), le DMBA ne doit pas être périmé.

Du désinfectant pour les mains à base d'alcool périmé a été observé dans deux aires du foyer.

Sources : observations; Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, datées d'octobre 2024; entretiens avec le personnel.