

Rapport public

Date d'émission du rapport : 6 mai 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1313-0003**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Hillcrest Village Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Hillcrest Village Care Centre, Midland

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 30 avril et les 1^{er}, 2, 5 et 6 mai 2025.

L'inspection concernait :

- Inspection proactive de la conformité

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

Prévention des problèmes cutanés et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Conseils des résidents et des familles
Alimentation, nutrition et hydratation
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 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 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 verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Plus précisément, il a été observé que, dans l'ensemble du foyer, les portes des salles de bain et des salles de douche n'étaient pas verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, communications adressées au personnel et entretiens avec le personnel.

Le 6 mai 2025, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que toutes les portes des salles de bain et des salles de douches du foyer étaient fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Date de la rectification apportée : le 6 mai 2025

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

Non-respect de : l'alinéa 265 (1) 10) du Règl. de l'Ont. 246/22

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de

l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer.

Le 28 avril 2025, il a été constaté que la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée dans le foyer.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, communication par courriel et entretien avec le personnel.

Le 29 avril 2025, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que la politique était affichée dans le foyer.

Date de la rectification apportée : le 29 avril 2025

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 5) 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,
- ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
- 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 le rapport sur l'amélioration constante de la qualité contienne tous les renseignements requis.

Plus précisément, le rapport n'indiquait pas la date à laquelle le sondage sur l'expérience des personnes résidentes et des fournisseurs de soins (exigé en vertu de l'article 43 de la Loi) a été effectué au cours de l'exercice, ne contenait pas les

résultats du sondage et n'indiquait pas comment et quand les résultats du sondage ont été communiqués aux personnes résidentes et à leurs familles, au conseil des résidents et aux membres du personnel du foyer.

Sources : examen du rapport du foyer et entretien avec le personnel.