

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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 2 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1540-0006

Type d'inspection :
Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Municipalité régionale de Niagara

Foyer de soins de longue durée et ville : The Meadows of Dorchester, Niagara Falls

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 8, 12 au 14, 18 au 22 et 25 au 27 novembre 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00130956 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Gestion de la douleur (Pain Management)

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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (2) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins de longue durée

Par. 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur les préférences d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait ses préférences en matière de soins personnels. Un examen du dossier clinique de la personne résidente indiquait qu'elle n'a pas reçu sa méthode privilégiée de soins personnels pour une durée déterminée.

Un ou une membre du personnel a affirmé que la personne résidente avait communiqué ses préférences pour les soins personnels et a confirmé qu'elle avait reçu la même chose. Le ou la membre du personnel a admis que les préférences de la personne résidente auraient dû être documentées correctement dans son programme de soins.

Au cours de l'inspection, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour pour refléter sa préférence.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; entretien avec la personne résidente et le ou la membre du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 8 novembre 2024

Problème de conformité n° 002 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, le foyer n'a pas veillé à installer des affiches dans l'ensemble du foyer énumérant les signes et symptômes des maladies infectieuses en vue d'une autosurveillance, ainsi que les étapes qui doivent être prises si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez tout individu, conformément à l'exigence supplémentaire 11.6 de la « Norme de prévention et contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), avril 2022; révisée en septembre 2023.

Justification et résumé

Les observations initiales et une visite du foyer avec le responsable de la PCI ont confirmé que l'affichage requis se trouvait uniquement à l'entrée du foyer.

Le 26 novembre 2024, la responsable de la PCI a confirmé que l'affichage requis était affiché dans le hall du foyer et toutes les aires résidentielles du foyer. Les observations du foyer ont confirmé la même chose.

Sources : Observations; entretien avec la responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 26 novembre 2024

Problème de conformité n° 003 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

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

Affichage des renseignements

Par. 265 (1) Pour l'application de la disposition 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 aux termes de l'article 85 de la Loi, comme requis.

Justification et résumé

Au cours de la visite du foyer le 6 novembre 2024, un inspecteur ou une inspectrice a observé que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée conformément aux exigences.

L'administratrice a confirmé que la politique n'était pas affichée.

Le jour même, l'administratrice a informé l'inspecteur ou l'inspectrice que la version en vigueur de 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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

politique concernant les visiteurs avait été affichée et était disponible comme requis à l'entrée principale. L'inspecteur ou l'inspectrice a mené une observation qui confirmait que la version actuelle de la politique concernant les visiteurs était affichée.

Sources : Observation du foyer concernant les affichages obligatoires; entretien avec l'administrateur.

Date de mise en œuvre de la rectification : 6 novembre 2024

AVIS ÉCRIT : Respect des politiques et dossiers

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 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Respect des politiques et dossiers

Par. 11 (1) Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

(b) soient respectés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel respecte la politique du foyer concernant les soins des personnes résidentes.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le personnel préposé aux services de soutien personnel (PSSP) fasse rapport au personnel autorisé si une personne résidente refuse des soins au moins deux fois et doit être respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique « Nursing and Personal Support Services » [services infirmiers et services de soutien personnel], datant de mai 2024, qui comprend le programme Nursing and Personal Support Services [services infirmiers et services de soutien personnel] du titulaire de permis.

Justification et résumé

La tâche de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait refusé des soins à plusieurs reprises. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente ne montrait pas de documents selon lesquels la personne résidente avait refusé des soins ni que le ou la mandataire spécial(e) avait été avisé(e) du refus de soins.

La politique Nursing and Personal Support Services [services infirmiers et services de soutien personnel] du foyer indique que le personnel PSSP doit faire rapport au personnel autorisé lorsqu'une personne résidente refuse des soins au moins deux fois et le personnel autorisé doit effectuer un suivi auprès du ou de la mandataire spécial(e).

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Un ou une membre du personnel autorisé a admis qu'il ou elle travaillait lorsque la personne résidente avait refusé des soins et que le personnel PSSP ne l'avait pas informé(e). Il ou elle a affirmé qu'il lui aurait été impossible d'aviser le ou la mandataire spécial(e) puisqu'il ou elle n'avait pas été avisée(e). L'administratrice a confirmé que le personnel PSSP doit faire rapport au personnel autorisé lorsqu'une personne résidente refuse des soins au moins deux fois.

Il y avait un risque potentiel que la personne résidente ne reçoive pas de soins lorsque le personnel n'a pas fait rapport au personnel autorisé que la personne résidente les avait refusés.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique Nursing and Personal Support Services [services infirmiers et services de soutien personnel], dernière révision en mai 2024; entretien avec le personnel et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Par. 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 :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive immédiatement des traitements et des interventions pour réduire ou soulager la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, lorsqu'elle présentait une plaie sur le tibia droit.

Justification et résumé

Une personne résidente recevait des évaluations hebdomadaires des plaies pour une zone affectée. Un ou une membre du personnel a consigné que lorsqu'il ou elle effectuait le changement d'un pansement sur la zone affectée, il ou elle a repéré un pansement appliqué sur une autre zone affectée.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente n'indiquait pas de documents concernant une plaie secondaire.

Un ou une membre du personnel a affirmé avoir rempli une évaluation de la zone affectée de la personne résidente et ne pas avoir décelé d'autre zone affectée. La personne résidente a affirmé qu'un ou une autre membre du personnel avait appliqué un pansement sur la zone affectée secondaire.

La politique Skin and Wound Program Part 3: Skin and Wound Documentation Procedures [programme

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

des soins de la peau et des plaies partie 3 : procédures de documentation des soins de la peau et des plaies] du foyer indique que le personnel PSSP doit aviser le personnel autorisé lorsqu'une altération de l'intégrité épidermique est observée chez une personne résidente. Le personnel autorisé doit amorcer des évaluations de la peau et des plaies. Le ou la membre du personnel a confirmé que lorsque l'altération de l'intégrité épidermique est relevée sur une personne résidente, il ou elle doit aviser le personnel autorisé.

Lorsque l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n'a pas été rapportée au personnel autorisé, la personne résidente avait un risque potentiel de ne pas recevoir des traitements et des interventions immédiatement pour gérer la plaie.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique Skin and Wound Program Part 3: Skin and Wound Documentation Procedures [programme des soins de la peau et des plaies partie 3 : procédures de documentation des soins de la peau et des plaies], dernière révision en juillet 2023; entretiens avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 77 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Par. 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :
c) soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et qui tient impérativement compte de ce qui suit :

- (i) le paragraphe (1),
- (ii) les préférences des résidents,
- (iii) les apports nutritionnels de référence (ANREF) en vigueur qui se rapportent à la population résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, avant sa mise à disposition, le cycle de menu automne-hiver 2024 soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par une diététiste professionnelle ou un diététiste professionnel (Dt. P.) qui fait partie du personnel du foyer.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice de la nutrition et de l'environnement du foyer a confirmé que le menu pour l'automne-hiver 2024 était en vigueur de novembre 2024 à mai 2025.

La politique du foyer intitulée « Menu Planning and Approval » [Planification et approbation des menus], dernière révision en mai 2022, indiquait que la ou le Dt. P. doit passer en revue le menu au moyen d'un outil d'approbation du menu, puis signer et soumettre le rapport au directeur ou à la directrice de la nutrition avant de mettre en œuvre le menu.

La ou le Dt. P. et le directeur ou la directrice de la nutrition et de l'environnement du foyer ont confirmé

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

que l'évaluation du cycle de menu pour l'automne-hiver 2024 n'avait pas été réalisée avant que le menu soit servi aux personnes résidentes à une date déterminée. La ou le Dt. P. a admis que le menu aurait dû être approuvé avant d'entrer en vigueur.

Lorsque le cycle de menu n'a pas été approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par une diététiste professionnelle ou un diététiste professionnel avant d'être servi aux personnes résidentes, il y avait un risque que le menu présente des insuffisances nutritionnelles.

Sources : Entretien avec la ou le Dt. P. et le directeur ou la directrice de la nutrition et de l'environnement du foyer; examen de la politique du foyer intitulée « Menu Planning and Approval » [Planification et approbation des menus], dernière révision en mai 2022.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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.

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, le foyer n'a pas veillé à fournir du soutien aux personnes résidentes afin de pratiquer l'hygiène des mains avant de recevoir des collations, conformément à l'exigence supplémentaire 10.4 de la « Norme de prévention et contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), avril 2022, dernière révision en septembre 2023.

Justification et résumé

Au cours d'une observation du service de collation, un ou une membre du personnel a été observé(e) fournissant des collations à quatre personnes résidentes assises dans le salon. Le ou la membre du personnel n'a pas été observé(e) offrant du soutien aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains avant de recevoir les collations.

La politique Hand hygiene [hygiène des mains] du foyer, dernière révision en avril 2024, indique à tous les membres du personnel d'encourager les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains ou à leur fournir de l'aide pour le faire avant les collations.

Le ou la membre du personnel a affirmé ne pas être au courant de l'exigence de fournir du soutien aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains avant de recevoir des collations. Le ou 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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

membre du personnel a indiqué qu'une pompe de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) est installée sur le chariot pour livrer les collations afin d'aider les personnes résidentes à nettoyer leurs mains. Le ou la membre du personnel a admis qu'il ou elle aurait dû utiliser le DMBA sur le chariot. La responsable de la PCI a admis que le personnel est censé aider les personnes résidentes avec l'hygiène des mains avant le service de collation.

L'omission du personnel à soutenir les personnes résidentes avec l'hygiène des mains avant le service de collation présentait un risque de transmission de maladies infectieuses.

Sources : Observations; Norme de PCI (révisée en avril 2023), « Hand Hygiene Program » [programme d'hygiène des mains], dernière révision en avril 2024; entretien avec le personnel et la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Cas de non-conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques écrites et des protocoles pour l'élimination de tous les médicaments du foyer soient mis en œuvre.

Justification et résumé

Au cours d'un entretien avec un ou une membre du personnel autorisé concernant la destruction et l'élimination de tous les médicaments du foyer, il ou elle a affirmé ne pas jeter les médicaments narcotiques dénaturés et gaspillés dans le récipient d'élimination des médicaments. Le ou la membre du personnel a affirmé avoir accès à la politique écrite et ne pas être au courant que la politique indique au personnel de placer les médicaments dénaturés et gaspillés dans le récipient d'élimination des médicaments.

La politique Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications [destruction et élimination des narcotiques et des médicaments réglementés], révisée en juin 2023, indique au personnel de dénaturer les médicaments gaspillés et de les placer dans le récipient d'élimination des médicaments. La directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel doit dénaturer les médicaments gaspillés et les placer dans le récipient d'élimination des médicaments.

Ne pas mettre en œuvre la politique pour l'élimination des médicaments a entraîné des pratiques inadéquates d'élimination des médicaments.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Entretien avec le personnel et la DSI, politique « Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications » [destruction et élimination des narcotiques et des médicaments réglementés], révisée en juin 2023.

AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments

Cas de non-conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 140 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration de médicaments

Par. 140 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par le prescripteur en consultation avec le résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par le prescripteur en consultation avec la personne résidente.

Justification et résumé

Au cours d'observations d'une aire résidentielle du foyer, un ou une membre du personnel autorisé est entré(e) dans la chambre d'une personne résidente et a avisé la personne résidente que son médicament se trouvait dans un gobelet à médicaments. Le ou la membre du personnel a placé le gobelet à médicaments sur un bureau dans la chambre de la personne résidente et a quitté la chambre.

L'inspecteur ou l'inspectrice a parlé avec la personne résidente lors d'un entretien distinct. La personne résidente a affirmé qu'elle ne s'administre pas de médicaments et que le personnel supervise toujours l'administration des médicaments. Le ou la membre du personnel autorisé a affirmé qu'il ou elle aurait dû administrer le médicament à la personne résidente, conformément à son programme de soins. Le ou la membre du personnel autorisé a passé en revue le programme de soins de la personne résidente et a indiqué que la personne résidente ne doit pas s'administrer de médicaments.

La DSI a indiqué qu'aucune personne résidente du foyer n'est censée s'administrer de médicaments à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par le prescripteur.

Lorsqu'une personne résidente a reçu un médicament à s'administrer sans l'approbation du prescripteur en consultation avec la personne résidente, la personne résidente a été placée à risque d'une utilisation inadéquate du médicament.

Sources : Observations; entretiens avec la personne résidente, le ou la membre du personnel et la DSI; examen documentaire du programme de soins de 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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 168 (2) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Par. 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 (ACQ) requis aux termes de la disposition 168 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22 comprenne un relevé écrit de toutes les informations requises.

Justification et résumé

Un examen du site Web du foyer indiquait que celui-ci présentait le rapport sur l'ACQ 2023. L'examen du rapport sur l'ACQ 2023 révélait que les informations requises susmentionnées n'étaient pas toutes comprises dans le rapport. L'administratrice, la responsable désignée du foyer pour l'initiative sur l'ACQ du foyer, a admis que les informations requises n'étaient pas comprises dans le rapport sur l'ACQ.

Il y avait un risque minimal pour les personnes résidentes lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les informations susmentionnées soient comprises dans le rapport sur l'ACQ.

Sources : Examen du rapport sur l'ACQ pour 2023; entretien avec l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Par. 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,

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les 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 n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'ACQ requis aux termes de la disposition 168 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22 comprenne un relevé écrit de toutes les informations requises.

Justification et résumé

Un examen du site Web du foyer indiquait que celui-ci présentait le rapport sur l'ACQ 2023. L'examen du rapport sur l'ACQ 2023 révélait que les informations requises susmentionnées n'étaient pas toutes comprises dans le rapport. L'administratrice, la responsable désignée du foyer pour l'initiative sur l'ACQ du foyer, a admis que les informations requises n'étaient pas comprises dans le rapport sur l'ACQ.

Il y avait un risque minimal pour les personnes résidentes lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les informations susmentionnées soient comprises dans le rapport sur l'ACQ.

Sources : Examen du rapport sur l'ACQ pour 2023; entretien avec l'administratrice.