

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 9 septembre 2024.

**Numéro d'inspection :** 2024-1517-0002

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : North Renfrew Long-Term Care Services Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : North Renfrew Long-Term Care Services, Deep River

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 27, 28, 29 et 30 août, et les 3, 4, 5, 6 et 9 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00124691 – IPC

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- 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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Normes de dotation, de formation et de soins

Droits et choix des résidents

Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect des exigences rectifié

Un non-respect a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a rectifié avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **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 politique concernant les visiteurs fût affichée dans le foyer, mais il l'a affichée dans le foyer avant que les inspectrices ou les inspecteurs quittent les lieux.

Sources : Observations de l'inspectrice, entretien avec la ou le gestionnaire des

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

services aux personnes résidentes.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 28 août 2024.

## AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on consigne les baignoires une fois terminés conformément au programme de soins écrit de deux personnes résidentes.

Sources : Programme de soins écrit de deux personnes résidentes, calendrier des baignoires du foyer, documents remis par le foyer concernant les baignoires, entretien avec des PSSP et la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins

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

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

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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 veillé à demander conseil au conseil des résidents pour ce qui est de réaliser le sondage de satisfaction et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Sources : Procès-verbaux du conseil des résidents, entretien avec un membre du conseil des résidents.

## **AVIS ÉCRIT : Obligations du titulaire de permis en l'absence d'un conseil des familles**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa** 65 (7) b) de la LRSLD (2021)

Conseil des familles

Paragraphe 65 (7) En l'absence d'un conseil des familles, le titulaire de permis fait ce qui suit :

b) il convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir des réunions semestrielles pour informer les familles de leur droit de constituer un conseil des familles.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions des familles du foyer, entretien avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **12 (1) 4 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 :

4. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mécanisme de verrouillage de la porte de la chambre d'une personne résidente soit conçu et entretenu de sorte qu'il puisse être aisément désengagé de l'extérieur en cas d'urgence.

Sources : Observations de l'inspectrice, examen du programme de soins écrit d'une personne résidente, entretien avec une PSSP, avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes et un autre membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire – fenêtres

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

Non-respect **de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une fenêtre de la chambre d'une personne résidente qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes, puisse s'ouvrir de 73 centimètres et non pas du maximum requis de 15 centimètres.

Sources : Observations de l'inspectrice, et entretien avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement – maladies liées à la chaleur

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

Non-respect **de l'alinéa 23 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23 (2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum :

a) préciser les facteurs de risque particuliers qui peuvent occasionner des maladies liées à la chaleur et exiger que le personnel surveille à intervalles réguliers si les résidents sont exposés à ces facteurs et prenne les mesures appropriées en conséquence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son plan concernant les maladies liées à la chaleur définisse les facteurs de risque particuliers pouvant donner lieu à des maladies liées à la chaleur.

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Sources : Politique du foyer relative aux maladies liées à la chaleur, entretien avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement – maladies liées à la chaleur

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa** 23 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23 (2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum :

e) comprendre un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux résidents, au personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents du foyer, au conseil des familles du foyer, s'il y en a, et à d'autres personnes si cela est approprié. Paragraphe 23 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; paragraphe 3 (1) du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa marche à suivre liée à la chaleur comprenne un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux personnes résidentes, au personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents et au conseil des familles.

Sources : Examen de la politique du foyer relative aux maladies liées à la chaleur, examen des procès-verbaux du conseil des résidents, et entretien avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## AVIS ÉCRIT : Températures ambiantes

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante mesurée soit 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.

Sources : Registres des températures ambiantes du foyer, entretien avec la ou le chef du Service de l'entretien des bâtiments, et avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect de la disposition **34 (1) 3 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 :

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année 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 le programme des soins de la peau et des plaies soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Sources : Politique et marches à suivre relatives au programme des soins de la peau et des plaies, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Sources : Politique et marches à suivre relatives au programme de gestion de la douleur, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect de la disposition **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

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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 n'a pas veillé à consigner, dans un dossier concernant le programme des soins de la peau et des plaies, 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.

Sources : Entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers, et examen du dossier.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner, dans un dossier concernant le programme de gestion de la douleur, 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.

Sources : Entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers, et examen du dossier.

## **AVIS ÉCRIT : Soins liés à l'incontinence**

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du sous-alinéa **56 (2) h) (v) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- h) les résidents disposent de divers produits pour incontinence qui, à la fois :
- (v) sont appropriés compte tenu du moment de la journée et du type particulier d'incontinence qu'a chacun d'eux.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les produits pour incontinence soient appropriés pour les soins liés à l'incontinence d'une personne résidente.

Sources : Programme de soins écrit d'une personne résidente, entretien avec une PSSP et avec la ou le gestionnaire des services aux personnes résidentes.

## AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa 77 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

- a) soit examiné par le conseil des résidents du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu de chaque cycle de menus soit examiné par le conseil des résidents du foyer avant sa mise à disposition.

Sources : Procès-verbaux du conseil des résidents, entretien avec la ou le VP du conseil des résidents, entretien avec la ou le gestionnaire des services de diététique et un autre membre du personnel.

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa 77 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

b) soit évalué au moins par le gestionnaire de la nutrition et le diététiste agréé qui font partie du personnel du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque cycle de menus avant sa mise à disposition soit évalué au moins par la ou le gestionnaire de la nutrition et la ou le diététiste agréé qui font partie du personnel du foyer.

Sources : Outil pour examiner et approuver les menus du printemps et de l'été, entretien avec la ou le gestionnaire des services de diététique.

## AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications.

Sources : Outil pour examiner et approuver les menus du printemps et de l'été 2024, procès-verbaux du conseil des résidents, observations et entretiens avec la ou le gestionnaire des services de diététique.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 016 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **166 (2) 3 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 :

3. Le directeur médical du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur médical du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante 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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Problème de conformité n° O17 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **166 (2) 5 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 :

5. Le diététiste agréé du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la ou le diététiste agréé du foyer soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

Sources : Procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

### **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° O18 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **166 (2) 6 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 :

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou un pharmacien soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Sources : Procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

### AVIS ÉCRIT : **Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 019 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **166 (2) 9 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 :

9. Un membre du conseil des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du conseil des résidents soit membre du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

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

Problème de conformité n° 020 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

**Rapport d'inspection prévu par la**

*Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport soit rédigé sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité trois mois après la fin de l'exercice, et à ce qu'il soit affiché sur le site Web du foyer.

Sources : Examen du site Web du foyer, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.