

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial**Date d'émission du rapport** : 16 septembre 2024**Numéro d'inspection** : 2024-1057-0001**Type d'inspection** :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Norwood Nursing Home Limited**Foyer de soins de longue durée et ville** : Norwood Nursing Home, Toronto**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 25 et 26 et du 29 au 31 juillet 2024 ainsi que les 1^{er} et 2, du 6 au 9 et le 12 août 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 9 et 10 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00122148 – Inspection proactive de la conformité

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

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Normes de dotation, de formation et 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 fin de l'inspection. L'inspectrice ou inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) 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 les aires non résidentielles soient gardées verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La porte d'une buanderie n'était pas verrouillée.

Un employé de la buanderie a déclaré que la pile de la serrure du clavier de la porte de la buanderie était hors service depuis plusieurs jours et qu'aucune clé n'avait été utilisée pour verrouiller la porte pendant cette période. Le chef des opérations a confirmé que la pile de la serrure du clavier de la porte de la buanderie avait été remplacée avant la fin de la journée.

Le lendemain, il a été constaté que la porte de la buanderie était fermée et verrouillée.

Le fait de ne pas veiller à ce que les portes menant à des aires non résidentielles soient verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel peut mettre en danger la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observations et entretiens avec le personnel de la buanderie et le chef des opérations.

[000757]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 juillet 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

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

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins pour une personne résidente soit documentée.

Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin de soins en raison d'une altération de l'intégrité épidermique.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'aucune documentation sur le soin des plaies n'avait été fournie à une date donnée. Une infirmière autorisée (IA) a confirmé qu'elle avait prodigué des soins des plaies à la personne résidente, mais qu'elle n'avait pas documenté ces soins.

L'IA et le directeur adjoint des soins ont tous deux reconnu que les soins des plaies prodigués à la personne résidente auraient dû être documentés.

Le fait de ne pas documenter les soins des plaies prodigués à la personne résidente entraîne le risque que le personnel ne sache pas si les soins ont été prodigués.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec l'IA et le directeur adjoint des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Non-respect : de l'alinéa 43 (5) a) de la LRSLD (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) les résultats du sondage sont documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil en application du paragraphe (4);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles.

Justification et résumé

Un examen du rapport du sondage de 2024 du foyer sur la satisfaction des personnes résidentes comprenait la documentation des résultats et un résumé des réponses. Il n'y avait aucune trace de la communication des résultats du sondage au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le directeur des activités a confirmé qu'il n'y avait aucune trace de la communication des résultats du sondage au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le fait de ne pas s'assurer que les résultats du sondage ont été mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles pourrait avoir une incidence sur la capacité d'obtenir d'autres commentaires dans le cadre d'initiatives en matière de qualité.

Sources : Rapport du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes et entretien avec le directeur des activités.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect : de l'alinéa 43 (5) b) de la *LRSLD* (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens soient documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles.

Justification et résumé

Un examen du rapport du sondage de 2024 du foyer sur la satisfaction des personnes résidentes comprenait la documentation des résultats et un résumé des réponses, y compris les domaines à améliorer et les mesures à prendre pour améliorer la qualité des soins et des services. Il n'y avait aucune trace de la communication des mesures prises à la suite des résultats du sondage au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le directeur des activités a confirmé que les résultats du sondage, y compris les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, n'ont pas été mis à la disposition du conseil des résidents et 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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas s'assurer que les résultats du sondage, y compris les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, ont été mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles pourrait avoir une incidence sur la capacité d'obtenir d'autres commentaires dans le cadre d'initiatives en matière de qualité.

Sources : Rapport du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes et entretien avec le directeur des activités.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect : de l'alinéa 43 (5) c) de la *LRSLD* (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) soit mise à la disposition des personnes résidentes et de leur famille.

Justification et résumé

Un examen du rapport du sondage de 2024 du foyer sur la satisfaction des personnes résidentes comprenait la documentation des résultats et un résumé des réponses, y compris les domaines à améliorer et les mesures à prendre pour améliorer la qualité des soins et des services. Il n'y avait aucune trace de communication des résultats du sondage ou des mesures prises à la suite 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

résultats du sondage au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le directeur des activités a reconnu qu'aucun document sur les résultats du sondage, y compris les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, n'a été mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles.

Le fait de ne pas s'assurer que les résultats du sondage, y compris les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, ont été mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles pourrait avoir une incidence sur la capacité d'obtenir d'autres commentaires dans le cadre d'initiatives en matière de qualité.

Sources : Rapport du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes et entretien avec le directeur des activités.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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

Non-respect : du paragraphe 63 (3) de la *LRSLD* (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 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.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque le conseil des résidents lui fait part de ses préoccupations ou de ses recommandations, il réponde par écrit au conseil des résidents dans les 10 jours suivants la réception de l'avis.

Justification et résumé

Un examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents du foyer a permis de relever, au cours de différentes réunions, des préoccupations concernant le personnel, l'entretien et les réparations, ainsi que la durée des repas et la taille des portions. Aucune réponse écrite n'a été fournie au conseil des résidents concernant les préoccupations identifiées.

Le directeur des activités a déclaré que le foyer avait répondu verbalement aux préoccupations du conseil des résidents lors de la réunion suivante, mais qu'il n'avait pas fourni de réponse écrite dans les 10 jours.

Le fait de ne pas répondre par écrit au conseil des résidents dans un délai de 10 jours peut avoir pour conséquence que les préoccupations ou les recommandations ne sont pas prises en compte.

Sources : Procès-verbal de la réunion du conseil des résidents et entretien avec le directeur des activités.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

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

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

Fenêtres

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Article 19 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes soient munies d'une moustiquaire et ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes soient munies d'une moustiquaire.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que les fenêtres de plusieurs chambres de personnes résidentes n'étaient pas munies de moustiquaires. Le chef des opérations a confirmé que ces fenêtres étaient dépourvues de moustiquaires depuis environ un an et demi.

Le fait de ne pas s'assurer que les fenêtres des chambres des personnes résidentes sont munies de moustiquaires présente un risque pour la sécurité des personnes résidentes du foyer.

Sources : Observations et entretiens avec le chef des opérations.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect : du paragraphe 24 (1) 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Le registre de surveillance et de température de l'air du foyer a fait état de plusieurs jours et aires où les températures ont varié de 19 à 21 degrés Celsius entre la mi-mai et la fin de juillet 2024. Il s'agit notamment des températures relevées dans une chambre de personne résidente, dans les postes de soins infirmiers et dans les salles de télévision aux premier et deuxième étages.

La cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations ont tous deux reconnu qu'il y avait eu plusieurs jours où la température du foyer n'avait pas été maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius a exposé les personnes résidentes à un risque d'inconfort.

Sources : Registre de surveillance et de température de l'air du foyer et entretiens avec la cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé une copie des registres de surveillance de la température de l'air du foyer. La température dans le foyer n'a pas été mesurée et documentée dans les aires suivantes à plusieurs dates identifiées : au moins deux chambres de personnes résidentes aux premier et deuxième étages, une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, et les aires de refroidissement désignées dans le foyer.

La cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations ont tous deux reconnu que les températures n'avaient pas été mesurées et documentées à de nombreuses dates entre mai et juillet 2024 dans différentes

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

aires du foyer, car le personnel n'était pas cohérent en ce qui concerne la documentation des températures. La cheffe des services alimentaires et environnementaux a également déclaré qu'il y avait un risque pour la santé et l'hydratation des personnes résidentes lorsque les températures n'étaient pas surveillées et documentées.

Le fait de ne pas mesurer et documenter les températures de l'air pourrait entraîner des retards dans l'identification des changements de l'état de santé des personnes résidentes.

Sources : Registre de surveillance de température de l'air du foyer et entretiens avec la cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 devant être mesurée en application du paragraphe (2) 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.

Justification et résumé

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé une copie des registres de surveillance de la température de l'air du foyer. Les registres de surveillance de la température de l'air ont permis d'identifier plusieurs jours et heures au cours desquels les températures n'ont pas été surveillées et documentées de manière cohérente pour les chambres des personnes résidentes, les aires communes et les aires désignées dans l'ensemble du foyer. Cela incluait : 9 jours où la température n'a jamais été mesurée, 69 jours où la température n'a pas été mesurée le matin, 67 jours où la température n'a pas été mesurée entre 12 et 17 heures et 10 jours où la température n'a pas été mesurée le soir ou la nuit.

La cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations ont tous deux confirmé que les températures n'avaient pas été mesurées et documentées aux moments prévus dans les différentes aires du foyer. La cheffe des services alimentaires et environnementaux a également déclaré qu'il y avait un risque pour la santé et l'hydratation des personnes résidentes lorsque les températures n'étaient pas surveillées et documentées.

Le fait de ne pas mesurer et documenter les températures de l'air pourrait entraîner des retards dans l'identification des changements de l'état de santé des personnes résidentes.

Sources : Registre de surveillance de température de l'air du foyer et entretiens avec la cheffe des services alimentaires et environnementaux et le chef des opérations.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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

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 les programmes de gestion de la douleur et de soins de la peau et des plaies soient évalués et mis à jour une fois par année.

Justification et résumé

i) La politique du foyer en matière de gestion de la douleur n'indiquait pas de date de dernière révision.

Le responsable du programme de gestion de la douleur et le directeur adjoint des soins ont tous deux confirmé que le foyer n'avait jamais effectué d'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur.

Le fait de ne pas évaluer et mettre à jour le programme de gestion de la douleur peut éventuellement mener à des occasions manquées d'améliorer le programme.

Sources : Politique du foyer en matière de gestion de la douleur et entretiens avec le responsable du programme de gestion de la douleur et le directeur adjoint des soins.

[000757]

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

ii) L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé le dossier d'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies. Le directeur adjoint des soins a confirmé que le foyer n'avait jamais effectué d'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies.

Le fait de ne pas évaluer et mettre à jour le programme de soins de la peau et des plaies peut éventuellement mener à des occasions manquées d'améliorer le programme.

Sources : Entretien avec le directeur adjoint des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 35 (3) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un plan d'urgence écrit pour le personnel infirmier pour parer aux situations où le personnel est incapable de se présenter au travail.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Justification et résumé

Lors de l'examen du plan de dotation en personnel du foyer, le directeur des soins n'a pas été en mesure de fournir un plan d'urgence écrit pour le personnel infirmier permettant de parer aux situations où le personnel est incapable de se rendre au travail.

Le directeur des soins a déclaré que le foyer suivait un plan d'urgence pour le personnel infirmier autorisé, mais que ce plan n'était pas écrit.

Le fait de ne pas disposer d'un plan d'urgence écrit pour le personnel infirmier peut potentiellement avoir une incidence sur la capacité du foyer à répondre aux pénuries de personnel infirmier afin de fournir des soins essentiels aux personnes résidentes.

Sources : Plans d'intervention du foyer pour le personnel infirmier et le personnel de soutien et entretien avec le directeur des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

- e) 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.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel soit évalué et mis à jour chaque année.

Justification et résumé

Le dernier examen et la dernière mise à jour du plan de dotation en personnel du foyer remontent à 2022. Le directeur des soins a confirmé que le foyer utilisait le même plan de dotation en personnel et qu'il n'y avait pas eu d'évaluation annuelle du plan depuis 2022.

Le fait de ne pas évaluer et mettre à jour le plan de dotation en personnel chaque année peut avoir une incidence sur la capacité du foyer à évaluer les niveaux de dotation en personnel appropriés pour répondre aux besoins de soins des personnes résidentes.

Sources : Plan de dotation en personnel du foyer et entretien avec le directeur des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation de la douleur d'une personne résidente soit consignée dans les notes hebdomadaires sur l'évolution de la maladie par le personnel infirmier autorisé.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de gestion de la douleur qui prévoit des stratégies visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer, et il doit s'y conformer. Plus précisément, le personnel infirmier autorisé ne s'est pas conformé à la politique du foyer en matière de gestion de la douleur en documentant chaque semaine l'évaluation de la douleur dans les notes d'évolution de Med e-Care.

Justification et résumé

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'elle souffrait de douleurs liées à son état de santé.

La politique du foyer en matière de gestion de la douleur demande au personnel infirmier autorisé de documenter chaque semaine l'évaluation de la douleur des personnes résidentes dans les notes d'évolution de Med e-Care. Les notes d'évolution de la personne résidente ont révélé que le personnel infirmier autorisé n'avait pas documenté chaque semaine les évaluations de la douleur pour indiquer l'état de la douleur de la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins a reconnu que le personnel infirmier autorisé ne s'était pas conformé à la politique du foyer en matière de gestion de la douleur en documentant chaque semaine l'évaluation de la douleur dans les notes d'évolution de Med e-Care.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas documenter chaque semaine l'évaluation de la douleur pose le risque que la personne résidente ne soit pas soulagée de sa douleur et que le personnel ne soit pas en mesure de déterminer l'efficacité des interventions de gestion de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique du foyer en matière de gestion de la douleur et entretien avec le directeur adjoint des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes n° 16 et n° 17 présentant une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluées au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

i) Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 016 indiquaient qu'elle présentait

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

une altération de l'intégrité épidermique.

Une IA a confirmé que les évaluations hebdomadaires de la peau étaient manquantes depuis plusieurs semaines.

L'IA et le directeur adjoint des soins ont reconnu que des évaluations hebdomadaires de la peau auraient dû être effectuées pour la personne résidente jusqu'à ce que l'altération de l'intégrité épidermique soit résolue.

Il y a eu un risque de retard dans la mise en œuvre des stratégies de gestion de l'intégrité épidermique des personnes résidentes lorsque les évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies n'ont pas été effectuées.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 016 et entretien avec une IA et le directeur adjoint des soins.

[000757]

ii) Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 017 indiquaient qu'elle présentait une altération de l'intégrité épidermique.

Une IA a confirmé que les évaluations hebdomadaires de la peau étaient manquantes depuis plusieurs semaines.

L'IA et le directeur adjoint des soins ont reconnu que des évaluations hebdomadaires de la peau auraient dû être effectuées pour la personne résidente jusqu'à ce que l'altération de l'intégrité épidermique soit résolue.

Il y a eu un risque de retard dans la mise en œuvre des stratégies de gestion de l'intégrité épidermique des personnes résidentes lorsque les évaluations

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

hebdomadaires de la peau et des plaies n'ont pas été effectuées.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 017 et entretien avec l'IA et le directeur adjoint des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un diététiste professionnel évalue les personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique susceptible de nécessiter une intervention en matière de nutrition ou de répondre à une telle intervention.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Justification et résumé

Une personne résidente présentait de multiples altérations de l'intégrité épidermique. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'elle avait été aiguillée vers le diététiste professionnel. Cependant, elle n'a pas été évaluée par le diététiste professionnel. Une IA et le directeur adjoint des soins ont tous deux déclaré que la personne résidente présentait un risque sur le plan nutritionnel en raison de son état de santé et qu'il était cliniquement indiqué de l'aiguiller vers un diététiste professionnel en raison de ses antécédents de santé.

Le directeur adjoint des soins a confirmé qu'aucune évaluation n'avait été effectuée par le diététiste professionnel pour la personne résidente.

Le fait de ne pas procéder à une évaluation en matière de nutrition et à des interventions peut potentiellement retarder la guérison.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec l'IA et le directeur adjoint des soins.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 56 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit mis en œuvre pour favoriser et gérer la continence intestinale et vésicale.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle était incontinente et que le personnel devait vérifier si la personne résidente avait besoin de soins liés à l'incontinence.

Lors d'une observation d'une personne résidente, celle-ci n'avait pas reçu de soins liés à l'incontinence et n'avait pas été surveillée par le personnel. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a reconnu qu'elle n'avait pas suivi le programme de soins de la personne résidente pour l'aider dans ses soins liés à l'incontinence.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit mis en œuvre pour favoriser et gérer la continence vésicale pourrait augmenter le risque d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Observations, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec une PSSP et d'autres membres du personnel.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

paragraphe 154 (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 mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du cycle des menus fasse l'objet d'un dossier écrit comprenant la date de l'évaluation, le nom des personnes ayant participé à l'évaluation, un résumé des changements et la date à laquelle les changements ont été mis en œuvre.

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé une copie du dossier écrit de l'évaluation actuelle du cycle des menus qui était en place au moment de l'inspection. La cheffe des services alimentaires et environnementaux a fourni le cycle de menus actuel, mais n'a pas été en mesure de fournir une copie du document écrit relatif à l'évaluation du cycle de menus. La cheffe des services alimentaires et environnementaux a déclaré que le cycle de menus actuel avait été évalué par le diététiste professionnel et l'ancien chef des services alimentaires et environnementaux avant sa mise en œuvre, mais elle n'a pas été en mesure de retrouver le document écrit.

Le fait de ne pas avoir conservé une trace écrite de l'évaluation du cycle des menus pourrait avoir une incidence sur la capacité à évaluer plus avant les préférences et les besoins nutritionnels des personnes résidentes.

Sources : Cycle des menus alimentaires du foyer et entretien avec la cheffe des services alimentaires et environnementaux.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

[740836]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : 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).

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, l'exigence supplémentaire 4.3 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* stipulait que le titulaire de permis devait s'assurer qu'après la résolution d'une éclosion, l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tenaient une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la gestion de l'éclosion. On doit rédiger un résumé des constatations qui formule des recommandations au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de lutte contre les flambées épidémiques. De plus, le point d) de la section 9.1 stipulait que le titulaire de permis devait veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé

i) Le foyer a déclaré une éclosion de troubles respiratoires pendant une période de deux semaines.

Le responsable de la PCI a déclaré que l'équipe interdisciplinaire de la PCI n'avait pas tenu de séances de compte rendu après la résolution des éclosions afin d'évaluer les pratiques de la PCI et de formuler des recommandations au titulaire de permis en vue d'améliorer les pratiques de gestion des éclosions dans le foyer.

Le fait de ne pas tenir de séances de compte rendu après la résolution des éclosions peut nuire à la capacité du foyer d'améliorer la gestion des éclosions à l'avenir.

Sources : Registre de la séance de compte rendu du foyer après l'éclosion et entretien avec le responsable de la PCI.

[000757]

ii) Une PSSP a été observée portant un masque chirurgical et arrivant devant la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts. Avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente, la PSSP s'est lavé les mains et a enfilé une blouse. Elle n'a pas mis de gants ni d'écran facial avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente. La PSSP a interagi avec la personne résidente en étant très proche d'elle, puis elle a enlevé sa blouse et s'est lavé les mains avant de sortir de la chambre 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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

La PSSP a reconnu qu'elle aurait dû porter l'écran facial et les gants avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

Le fait de ne pas porter les équipements de protection individuelle appropriés augmente le risque de transmission des infections.

Sources : Observations et entretiens avec la PSSP et d'autres membres du personnel.

[000757]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 020 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 166 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée constitue un comité d'amélioration constante de la qualité.

Le titulaire de permis n'a pas constitué un comité d'amélioration constante de la qualité.

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé une copie de l'ordre du jour et du procès-verbal du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer. Le directeur adjoint des soins n'a pas été en mesure de fournir les documents, car il n'y a pas de comité d'amélioration constante de la qualité dans le foyer. Le directeur adjoint des soins a reconnu que le foyer ne disposait pas d'un comité d'amélioration constante de la qualité officiel.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas mettre en place un comité d'amélioration constante de la qualité peut faire en sorte que les recommandations ne soient pas déterminées.

Sources : Entretien avec le directeur adjoint des soins.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Responsable désigné de l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° O21 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 167 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Responsable désigné de l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 167 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'initiative d'amélioration constante de la qualité soit coordonnée par un responsable désigné.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer soit coordonnée par un responsable désigné.

Justification et résumé

Le rapport actuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas le nom du responsable désigné, car il n'y avait pas de responsable en place.

La directrice des soins et administratrice a reconnu que l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer n'avait pas de responsable désigné officiellement, car il n'y avait pas de comité d'amélioration constante de la qualité en place.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas s'assurer que l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer soit coordonnée par un responsable désigné peut entraîner un manque de coordination lors de l'élaboration d'initiatives d'amélioration de la qualité.

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice des soins et administratrice.

[740836]

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

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 168 (2) 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,

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité contienne les renseignements requis :

- 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,

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice 2023-2024, du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024, a été examiné.

Le directeur adjoint des soins a reconnu que le rapport d'initiative d'amélioration constante de la qualité ne contenait pas de trace écrite des informations relatives au sondage sur la satisfaction des personnes résidentes effectué en mars 2024, y compris la date à laquelle le sondage a été effectué, les résultats du sondage, ainsi que la façon dont les résultats du sondage ont été communiqués et les dates auxquelles ils l'ont été.

Le fait de ne pas inclure les informations requises dans le rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pourrait limiter les possibilités de collaboration future pour l'amélioration de la qualité dans le foyer.

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice des soins.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

[740836]

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

Problème de conformité n° O23 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) 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 :

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,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer contienne un compte rendu écrit des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis compte tenu des résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, des dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

l'exercice 2023-2024 a été examiné.

Le directeur adjoint des soins a reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité ne contenait pas de dossier écrit sur les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée en fonction des résultats des sondages sur la satisfaction des personnes résidentes et des familles effectués au cours de l'exercice, y compris les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Le fait de ne pas inclure les informations requises dans le rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pourrait limiter les possibilités de collaboration future pour l'amélioration de la qualité dans le foyer.

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice des soins.

[740836]

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

Problème de conformité n° 024 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 iv du paragraphe 168 (2) 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 :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

iv) le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

Le titulaire de l'autorisation n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer contienne une trace écrite du rôle du comité d'amélioration continue de la qualité dans les mesures prises en vertu des sous-dispositions i. et ii.

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice 2023-2024 a été examiné.

La directrice des soins et administratrice et le directeur adjoint des soins ont tous deux reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité ne contenait pas de trace écrite de l'information, étant donné qu'aucun comité d'amélioration constante de la qualité n'avait été mis sur pied dans le foyer.

Le fait de ne pas inclure les informations requises dans le rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pourrait limiter les possibilités de collaboration future pour l'amélioration de la qualité dans le foyer.

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretiens avec la directrice des soins et administratrice et le directeur des soins.

[740836]

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

Problème de conformité n° 025 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Non-respect : de la sous-disposition 6 v du paragraphe 168 (2) 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 :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

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'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer contienne une trace écrite de la façon dont les mesures prises ont été communiquées aux personnes résidentes, aux familles, au conseil des résidents et au conseil des familles, ainsi que les dates auxquelles ces mesures ont été prises.

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice 2023-2024 a été examiné.

Le directeur adjoint des soins a reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité ne contenait aucune trace écrite de la façon dont les mesures prises ont été communiquées aux personnes résidentes, aux familles, au conseil des résidents et au conseil des familles, ni des dates auxquelles elles l'ont été.

Le fait de ne pas inclure les informations requises dans le rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pourrait limiter les possibilités de collaboration future pour l'amélioration de la qualité dans le foyer.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretien avec la directrice des soins.

[740836]

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

Problème de conformité n° 026 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

Paragraphe 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 qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles.

Justification et résumé

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2023-2024 du foyer n'a pas été remis au conseil des résidents et au conseil des familles.

Un examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles du foyer au cours des 12 derniers mois ne comprenait pas de mises à jour relatives au rapport sur l'initiative 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le travailleur social inscrit et le directeur des activités ont tous deux reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité n'avait pas été remis au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le fait de ne pas fournir le rapport sur les initiatives d'amélioration constante de la qualité du foyer peut faire en sorte que les personnes résidentes et les familles ne soient pas au courant de l'état des initiatives d'amélioration constante de la qualité du foyer.

Sources : Procès-verbal de la réunion du conseil des résidents; procès-verbal de la réunion du conseil des familles; entretiens avec le travailleur social inscrit et le directeur des activités.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Site Web

Problème de conformité n° 027 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 271 (1) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Site Web

Paragraphe 271 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

e) le rapport en vigueur exigé au paragraphe 168 (1);

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le site Web du foyer contienne le rapport sur les initiatives d'amélioration constante de la qualité, conformément au

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

paragraphe 168 (1).

Justification et résumé

L'examen du site Web du foyer n'a pas permis de trouver le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour 2023-2024.

La directrice des soins et administratrice a confirmé que le rapport n'était pas affiché sur le site Web du foyer.

Le fait de ne pas s'assurer que le site Web du foyer comprend le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité peut faire en sorte que le public ne soit pas en mesure d'examiner les domaines prioritaires, les améliorations et les résultats du foyer.

Sources : Site Web du foyer et entretien avec la directrice des soins et administratrice.

[740836]