

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 29 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1580-0004

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** City of Toronto

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Seven Oaks, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 17, 18, 22, 23, 24, 25 et 28 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00129371 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Gestion des médicaments  
Conseils des résidents et des familles  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Normes de dotation, de formation et de 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## 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 l'inspecteur a estimé que le problème de 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 l'alinéa 20 b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

b) il est sous tension en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel et à ce que le système soit sous tension en tout temps, car le système de sonnette d'appel dans la chambre d'une personne résidente ne fonctionnait pas au moment de l'observation.

#### **Justification et résumé**

Le système de sonnette d'appel de la chambre et de la salle de bain d'une personne résidente ne fonctionnait pas lorsqu'il était activé.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et une infirmière gestionnaire ont confirmé que le système de sonnette d'appel de l'unité était défectueux en raison d'un cordon de raccordement débranché. Le même jour, l'infirmière gestionnaire a confirmé que le système de sonnette d'appel de la chambre de cette personne résidente avait été réparé.

Le fait que le système de sonnette d'appel de la personne résidente n'était pas activé en permanence a entraîné un risque de temps de réponse prolongé de la part du personnel.

**Sources :** Observations de l'unité, entretiens avec une IAA et une infirmière gestionnaire.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 17 octobre 2024

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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 2 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas respecté le système visant à garantir que la douleur d'une personne résidente était prise en charge conformément au programme de gestion de la douleur du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, des politiques et des protocoles écrits élaborés dans le cadre du système de gestion de la douleur afin de fournir des stratégies de gestion de la douleur devaient être respectés.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de gestion de la douleur en matière d'évaluation et de gestion de la douleur (*Pain Assessment and Management*) de janvier 2020, qui exigeait que le personnel consulte le médecin après avoir administré des analgésiques à prendre au besoin.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait reçu un analgésique à deux reprises au cours d'une période donnée. L'évaluation de suivi après l'administration initiale a démontré que les deux doses de médicament étaient inefficaces.

Conformément à la politique de gestion de la douleur du foyer, le personnel était tenu de consulter le médecin après avoir administré des analgésiques à prendre au besoin. Aucune documentation ne prouvait que l'inefficacité de l'administration des analgésiques avait été signalée au médecin. Une infirmière gestionnaire a déclaré que le personnel aurait dû vérifier plus tôt l'efficacité de l'analgésique. L'infirmière gestionnaire a également confirmé que le médecin n'avait pas été informé de l'inefficacité initiale des analgésiques administrés à la personne résidente et a reconnu que le médecin aurait dû être informé de ce problème.

Le fait de ne pas assurer un suivi précoce de l'efficacité des analgésiques à prendre au besoin d'une personne résidente et de ne pas informer le médecin 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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

l'inefficacité des analgésiques à prendre au besoin peut faire perdre des occasions de mettre en œuvre des interventions efficaces pour gérer la douleur.

**Sources** : Notes d'évolution et dossier clinique d'une personne résidente; politique du foyer intitulée « Pain Management » (gestion de la douleur), datée d'avril 2024; entretiens avec une infirmière gestionnaire et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Non-ingérence de la part du titulaire de permis**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de l'alinéa 71 a) de la *LRSLD* (2021)**

Non-ingérence de la part du titulaire de permis

Article 71. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée :

a) ne doit pas s'ingérer dans les réunions ou le fonctionnement du conseil des résidents ou du conseil des familles;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ne pas s'ingérer dans les réunions du conseil des familles.

### **Justification et résumé**

Le président du conseil des familles a signalé son inquiétude quant à la tenue de réunions virtuelles du conseil des familles dans le foyer et a indiqué que cela ne permettait pas de répondre aux préoccupations exprimées lors de leurs réunions.

Un examen des réunions du conseil des familles a montré qu'en octobre et novembre 2023, les réunions ont été organisées en ligne parce que le foyer était en situation d'éclosion. Un administrateur a envoyé un courriel au président du conseil des familles pour lui signaler que la réunion du conseil des familles devait être

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

organisée en ligne en raison de l'éclosion dans le foyer et des recommandations de la santé publique. Un examen des recommandations de la santé publique au cours de cette période n'a pas précisé que l'aire utilisée pour les réunions du conseil des familles devait être restreinte ou limitée. Le directeur des soins infirmiers a reconnu que l'ancien administrateur avait empêché le conseil des familles de tenir une réunion en personne dans le foyer.

L'ingérence du titulaire de permis dans les réunions du conseil des familles peut entraîner une diminution de l'efficacité du traitement des questions soulevées lors des réunions.

**Sources :** Examen des réunions du conseil des familles; communications par courriel d'un administrateur au président du conseil des familles; réunion de l'équipe de gestion des éclosions avec le bureau de santé publique de Toronto (Toronto Public Health) en octobre 2023; entretien avec le directeur des soins infirmiers.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 004 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;

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les zones présentant une altération de l'intégrité épidermique de deux personnes résidentes soient réévaluées au moins une fois par semaine.

**Justification et résumé**

i). Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait que cette dernière présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

Une infirmière autorisée (IA) a déclaré que l'évaluation hebdomadaire des plaies de la personne résidente avait été omise cinq fois au cours d'une période donnée.

**Sources :** Évaluations hebdomadaires des plaies d'une personne résidente, entretiens avec une IA, une infirmière gestionnaire et la personne responsable des soins de la peau et des plaies.

ii. Le programme de soins écrit d'une autre personne résidente indiquait que cette dernière présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

Une infirmière gestionnaire et la personne responsable des soins de la peau et des plaies ont déclaré que les personnes résidentes présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique, y compris des lésions de pression, doivent faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire de la peau à l'aide du formulaire d'évaluation hebdomadaire des plaies dans PointClickCare (PCC). Toutes deux ont déclaré que les évaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente n'avaient pas été effectuées pendant deux périodes précises.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le fait que les évaluations hebdomadaires de la peau n'aient pas été effectuées présentait un risque de retard dans la cicatrisation des plaies pour deux personnes résidentes.

**Sources :** Évaluations hebdomadaires des plaies d'une personne résidente, entretiens avec une infirmière gestionnaire et la personne responsable des soins de la peau et des plaies.

**AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

**Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la douleur d'une personne résidente n'était pas soulagée par les interventions initiales, un outil d'évaluation de la douleur approprié sur le plan clinique soit utilisé.

**Justification et résumé**

Une personne résidente ressentait de la douleur. Une infirmière avait fait une intervention auprès de la personne résidente. La documentation de suivi indiquait que l'intervention était inefficace et que la personne résidente continuait à ressentir de la douleur. La même intervention a été effectuée à nouveau, et la documentation de suivi a indiqué qu'elle était également inefficace.

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Un examen des dossiers cliniques électroniques de la personne résidente n'a pas démontré qu'un outil d'évaluation de la douleur approprié sur le plan clinique avait été utilisé lorsque la douleur de la personne résidente n'avait pas été soulagée par les interventions initiales. Une infirmière gestionnaire affirme que l'outil d'évaluation globale de la douleur approprié sur le plan clinique aurait pu être utilisé pour cette personne résidente.

Le fait de ne pas utiliser un outil d'évaluation de la douleur approprié sur le plan clinique pour analyser plus en profondeur la cause fondamentale de la douleur de la personne résidente peut se traduire par des occasions perdues de mettre en œuvre des interventions efficaces.

**Sources :** Notes d'évolution d'une personne résidente, évaluations, politique du foyer sur la gestion de la douleur (*Pain Management*) d'avril 2024, entretien avec l'infirmière gestionnaire.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

**Non-respect : de l'alinéa 77 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

- a) trois repas par jour;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins trois repas par jour soient offerts à une 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Justification et résumé**

Une personne résidente s'est plainte à l'inspectrice ou à l'inspecteur qu'à une occasion, le personnel ne lui avait pas fourni de dîner.

Le mandataire spécial de la personne résidente a confirmé avoir informé le superviseur de l'unité que la personne résidente n'avait pas dîné. Après que le mandataire spécial de la personne résidente en ait informé le foyer, un repas tardif a été proposé à la personne résidente, qui a toutefois décidé de recevoir d'autres options.

Il y avait un risque que l'apport nutritionnel de la personne résidente ne soit pas respecté lorsqu'on ne lui a pas offert pas son dîner.

**Sources :** Notes d'évolution d'une personne résidente, documentation au point de service, entretiens avec une IAA, une infirmière gestionnaire, la personne résidente et son mandataire spécial.

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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

**Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services alimentaires fournisse à une personne résidente les choix indiqués au menu planifié.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a exprimé ses préoccupations concernant le fait qu'elle n'avait pas reçu de petit pain. Un examen du menu à cette date précise indique que le petit pain était offert au dîner. Une personne préposée aux services alimentaires a dit à la personne résidente qu'il n'y avait plus de petits pains dans l'unité et lui a proposé une autre option, qu'elle a refusée. Le gestionnaire de la nutrition a déclaré qu'il n'y avait pas de pénurie de petits pains dans le foyer et que la personne préposée aux services alimentaires aurait dû contacter la cuisine pour en obtenir d'autres s'il n'y en avait plus dans l'unité, plutôt que d'offrir un substitut à la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts à la personne résidente peut entraîner une diminution de la qualité de vie de cette dernière.

**Sources :** Choix indiqués au menu planifié; entretien avec une personne résidente et le gestionnaire de la nutrition.

**AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire**

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

**Non-respect : de l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum 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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services alimentaires communique avec les personnes résidentes au sujet d'une substitution de menu.

**Justification et résumé**

Le menu du foyer indiquait que de la tarte à la citrouille devait être servie au dîner et que du gâteau au café à la citrouille devait être servi au souper. Une personne préposée aux services alimentaires avait substitué et échangé le gâteau au café à la citrouille pour le dîner et la tarte à la citrouille pour le souper. Le gestionnaire de la nutrition a déclaré que la personne préposée aux services alimentaires n'avait pas communiqué ces changements à toutes les personnes résidentes de l'unité.

Le fait de ne pas s'assurer que toutes les personnes résidentes aient été avisées d'un changement de menu peut faire en sorte que les personnes résidentes ne soient pas mises au courant de ce qu'on leur sert.

**Sources :** Les choix indiqués au menu planifié; entretien avec le gestionnaire de la nutrition.

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

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 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le système pour s'assurer que deux IAA suivaient l'administration précise des médicaments contenant des stupéfiants.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, des politiques et des protocoles écrits ont été élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient administrés de façon rigoureuse, et ils devaient être respectés.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de gestion des médicaments concernant les stupéfiants et les médicaments désignés (*Narcotic and controlled Medications*), de janvier 2024, qui exigeait que le personnel consigne l'information dans le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments désignés après l'administration d'un médicament contenant des stupéfiants.

**Justification et résumé**

i). L'inspectrice ou l'inspecteur a examiné le classeur du registre d'administration de stupéfiants et de médicaments désignés d'une IAA et a noté que le décompte des médicaments contenant des stupéfiants administrés par l'IAA au cours du même quart de travail n'avait pas été confirmé. L'IAA a déclaré qu'elle avait l'habitude de confirmer le décompte une fois qu'elle a terminé son passage de médicaments. L'infirmière gestionnaire a déclaré que la politique du foyer indique que l'IAA devrait compléter le décompte immédiatement après l'administration du médicament contenant des stupéfiants.

**Sources :** Politique concernant les stupéfiants et les médicaments désignés (*Narcotic and Controlled Medications*); observation du chariot de 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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

contenant des stupéfiants d'une IAA et du classeur du registre de l'administration des stupéfiants et des médicaments désignés (*Narcotic & Controlled Drug Administration Record*); entretien avec une IAA et une infirmière gestionnaire.

ii). Une autre IAA a été observée en train d'administrer des médicaments contenant des stupéfiants à une personne résidente. Après avoir administré les médicaments à la personne résidente, l'IAA n'a pas été observée en train de compléter le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments désignés, car elle était passée à la personne résidente suivante. L'IAA a déclaré qu'elle ne savait pas ce que la politique du foyer lui demandait de faire. Une infirmière gestionnaire a déclaré que, conformément à la politique, l'IAA aurait dû consigner l'information dans le classeur du registre des stupéfiants après avoir administré le stupéfiant à la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le registre d'administration des stupéfiants et des médicaments désignés soit complété après l'administration d'un stupéfiant peut entraîner des divergences dans le nombre de stupéfiants.

**Sources** : Politique de gestion des médicaments concernant les stupéfiants et les médicaments désignés (*Narcotic and Controlled Medications*), de janvier 2024; observation sur l'administration des médicaments par une IAA; entretien avec une IAA et une infirmière gestionnaire.

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

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 6 iii du paragraphe 168 (2) 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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 :

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,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un relevé écrit soit tenu sur le rôle des mesures prises par le conseil des résidents, le cas échéant, dans le cadre du rapport annuel sur l'amélioration constante de la qualité du foyer.

**Justification et résumé**

Un examen des rapports sur l'amélioration constante de la qualité de 2023 du foyer n'a produit aucune information sur les mesures prises par le conseil des résidents, s'il y en a eu. L'administratrice a confirmé que l'administrateur précédent du foyer n'avait pas consigné les rôles des mesures prises par le conseil des résidents, le cas échéant, dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité ou dans tout autre document attestant que ces mesures avaient été consignées dans un relevé écrit.

**Sources** : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité de 2023 du foyer; entretien avec un administrateur.

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

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**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

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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 qu'un relevé écrit soit conservé concernant la communication aux personnes résidentes et à leur famille, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer, des mesures prises à la suite du rapport sur l'amélioration constante de la qualité.

**Justification et résumé**

Un examen des dossiers internes du foyer n'a pas démontré l'existence d'un relevé écrit de la communication aux personnes résidentes et à leur famille, ainsi qu'aux membres du personnel du foyer, des mesures prises à la suite du rapport sur l'amélioration constante de la qualité de 2023. L'administratrice n'a pas été en mesure de produire de documentation écrite prouvant que l'administrateur précédent du foyer avait communiqué ces informations aux personnes résidentes et à leurs familles ainsi qu'aux membres du personnel du foyer.

**Sources :** Divers documents internes du foyer relatifs au rapport sur l'amélioration constante de la qualité de 2023; entretien avec un administrateur.