

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 4 juillet 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1505-0003	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Shalom Manor Long Term Care Home	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Shalom Manor Long Term Care Home, Grimsby	
<b>Inspectrice principale</b> Lesley Edwards (506)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autre inspectrice</b> Lisa Vink (168)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 19 au 21 et du 24 au 28 juin 2024.

Les inspections concernaient :

- Registre n° 00118655
- Inspection proactive de la conformité pour Shalom Manor

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  
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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## 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 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 l'alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que cette dernière était inscrite à un programme pour l'hygiène et la toilette et que le personnel devait aider dans l'organisation et fournir des stimulations verbales. Une deuxième mention importante dans le programme de soins concernant l'hygiène et la toilette indiquait que la personne résidente avait besoin de deux membres du personnel et d'une supervision.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le personnel interrogé a admis que la personne résidente n'avait pas besoin de deux membres du personnel pour la prestation des soins et que le programme ne fournissait pas de directives claires.

Le 28 juin 2024, le programme de soins a été révisé de manière à tenir compte des besoins d'hygiène et de toilette du moment.

**Sources :** Programme de soins d'une personne résidente et entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et d'autres membres du personnel [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 28 juin 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé quand les besoins de soins de cette personne liés au bain évoluaient.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait la méthode de bain que préfère cette dernière.

Un examen des dossiers dans Point of Care a révélé que la méthode utilisée pour donner le bain à la personne résidente était toujours la même et qu'il ne s'agissait pas de la méthode préférée consignée.

Le personnel a reconnu que les besoins de soins de la personne résidente avaient changé et que la méthode de bain actuellement utilisée répondait à ces besoins.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le 25 juin 2024, l'IAA a révisé le programme de soins de la personne résidente de manière à tenir compte de ses besoins de bain du moment.

**Sources :** Examen du programme de soins, dossiers dans Point of Care d'une personne résidente et entretien avec l'IAA [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 25 juin 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de soins infirmiers et de soins personnels, notamment les interventions et les réactions de la personne résidente aux interventions, soient documentées.

**Justification et résumé**

Les notes dans Point of Care indiquaient qu'une personne résidente ne recevait pas un bain deux fois par semaine conformément au calendrier des bains.

L'IAA a indiqué qu'il y avait une erreur dans la tâche entrée dans Point of Care. Cette erreur découlait de situations où le personnel n'avait pas consigné les soins fournis, plus précisément les soins liés au bain.

Le 25 juin 2024, l'IAA et les personnes préposées aux services de soutien personnel ont admis que la personne résidente recevait un bain conformément au calendrier et qu'elles avaient révisé la tâche dans Point of Care et consigné ultérieurement les soins fournis.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Examen des dossiers dans Point of Care, calendrier des bains, notes d'évolution d'une personne résidente et entretien avec l'IAA [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 25 juin 2024

Problème de conformité n° 004 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

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

**Justification et résumé**

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis devait veiller à ce que la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer, dans un endroit bien en vue et facile d'accès et d'une façon conforme aux exigences établies par les règlements.

La politique du foyer concernant les visiteurs n'a pas été placée dans l'établissement au début. Le 24 juin 2024, le directeur des soins a placé la politique sur le tableau de communication.

**Sources :** Observation et entretien avec le directeur des soins [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 24 juin 2024

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre au conseil des résidents par écrit dans un délai de 10 jours lorsque celui-ci 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).

### **Justification et résumé**

Un examen des procès-verbaux de réunions du conseil des résidents de 2024 a révélé que le conseil avait fait part de sujets de préoccupation au titulaire de permis et qu'il n'avait pas reçu de réponse écrite dans un délai de 10 jours pour l'ensemble des sujets de préoccupation et recommandations relevés, comme l'ont reconnu le gestionnaire des programmes et le gestionnaire du soutien.

En ne fournissant pas de réponse écrite aux sujets de préoccupation ou aux recommandations du conseil des résidents dans un délai de 10 jours, les questions risquaient de ne pas être traitées.

**Sources :** Examen des procès-verbaux de réunions du conseil des résidents et entretiens avec le gestionnaire des programmes et le gestionnaire du soutien [506]

## 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 66 (3) 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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Pouvoirs du conseil des familles

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des familles dans un délai de 10 jours quand ce dernier l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 du paragraphe (1).

**Justification et résumé**

Un examen des procès-verbaux de réunions du conseil des familles de 2024 a révélé que le conseil avait fait part de sujets de préoccupation au titulaire de permis et qu'il n'avait pas reçu de réponse écrite dans un délai de 10 jours pour l'ensemble des sujets de préoccupation et recommandations relevés, comme l'ont reconnu le gestionnaire des programmes et le gestionnaire du soutien.

En ne fournissant pas de réponse écrite aux sujets de préoccupation ou aux recommandations du conseil des familles dans un délai de 10 jours, les questions risquaient de ne pas être traitées.

**Sources :** Examen des procès-verbaux de réunions du conseil des familles et entretiens avec le gestionnaire des programmes et le gestionnaire du soutien [506]

**AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement**

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'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,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 23 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, par. 3 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur comprenne un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan aux personnes résidentes, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents du foyer, au conseil des familles du foyer et à d'autres personnes si cela est approprié.

**Justification et résumé**

Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer (intitulé *Hot Weather Related Illness Prevention and Management*) ne comprenait pas de protocole pour sa communication aux personnes résidentes, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs ou au conseil des résidents et au conseil des familles.

**Sources :** Examen du plan de prévention et gestion des troubles de santé liés à la chaleur du foyer (n° OO-02-01-16) et entretien avec le chef de la direction [168]

**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**

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.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Les registres de contrôle des températures des sections accessibles aux résidents d'une chambre d'une personne résidente de juin 2024 indiquaient 29 occurrences où la température enregistrée s'élevait à 21 degrés Celsius et deux occurrences où la température enregistrée dans l'aire de salon s'élevait à 21 degrés Celsius. En ne veillant pas à maintenir une température minimale de 22 degrés Celsius dans les espaces réservés aux personnes résidentes du foyer, le confort de ces dernières pouvait être affecté.

**Sources :** Examen des registres de contrôle des températures de juin 2024 et entretien avec le contrôleur des systèmes.  
[168]

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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 (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**

Le paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22 comprenait l'exigence de mesurer la température ambiante dans au moins deux chambres de personnes résidentes dans différentes sections du foyer et dans une aire commune des personnes résidentes à chaque étage de l'établissement.

Shalom Manor avait des sections accessibles aux résidents sur quatre étages.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Les registres de contrôle des températures indiquaient des occurrences aux mois de mars, mai et juin 2024 où les températures n'étaient pas toujours consignées le matin, l'après-midi ou le soir pour une ou plusieurs sections accessibles aux résidents.

Si les températures n'étaient pas prises comme il se doit, le personnel du foyer pouvait ne pas savoir que des personnes résidentes étaient exposées à une maladie liée à la chaleur ou il pouvait y avoir des retards dans les interventions.

**Sources :** Examen des registres de contrôle des températures de tout le foyer et entretien avec le contrôleur des systèmes  
[168]

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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 disposition 7 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**  
Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes reçoivent leur repas un plat après l'autre.

**Justification et résumé**

Une observation d'une salle à manger a révélé que les personnes résidentes ne recevaient pas leur repas un plat après l'autre. Elles recevaient leur plat principal avant d'avoir terminé leur salade et recevaient leur dessert avant d'avoir terminé leur plat principal. Ensuite, la table était débarrassée.

En ne servant pas le repas des personnes résidentes un plat après l'autre, ces dernières pouvaient ne pas avoir recevoir l'apport calorique dont elles avaient besoin.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources** : Observation des repas et entretien avec l'IAA  
[506]

### **AVIS ÉCRIT : Initiative d'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 disposition 3 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ontario 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 comité d'amélioration constante de la qualité soit composé du directeur médical du foyer.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer, ces derniers ont fait observer que le directeur médical ne faisait pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources** : Entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité; examen des procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité  
[506]

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

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

**Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22**

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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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 le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé du diététiste professionnel du foyer.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer, ces derniers ont fait observer que le diététiste professionnel ne faisait pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité; examen des procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité  
[506]

**AVIS ÉCRIT : Initiative d'amélioration constante de la qualité**

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

**Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ontario 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 comité d'amélioration constante de la qualité soit composé du fournisseur de services pharmaceutiques 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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer, ces derniers ont fait observer que le fournisseur de services pharmaceutiques ne faisait pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité; examen des procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité  
[506]

**AVIS ÉCRIT : Initiative d'amélioration constante de la qualité**

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 9 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ontario 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 que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'un membre du conseil des résidents du foyer.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer, ces derniers ont fait observer qu'il n'y avait pas de membre du conseil des résidents dans le comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité; examen des procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité  
[506]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Initiative d'amélioration constante de la qualité

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

**Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 166 (2) 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 :

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'un membre du conseil des familles du foyer.

### Justification et résumé

Lors d'un entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité du foyer, ces derniers ont fait observer qu'il n'y avait pas de membre du conseil des familles dans le comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Entretien avec le chef de la direction et le responsable de l'amélioration constante de la qualité; examen des procès-verbaux de réunions du comité d'amélioration constante de la qualité

[506]

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

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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 que son rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité rédigé pour le foyer soit publié sur le site Web de ce dernier.

**Justification et résumé**

Le chef de la direction a reconnu que le site Web de Shalom Manor ne renfermait pas son plan d'amélioration constante de la qualité de 2023-2024 préparé pour le foyer.

En ne publiant pas le plan d'amélioration constante de la qualité comme il est requis, il y avait moins de renseignements à examiner pour le public.

**Sources** : Survol du site Web du foyer et entretien avec le chef de la direction  
[506]