

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 20 août 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1229-0002**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Peel Housing Corporation**Foyer de soins de longue durée et ville :** Vera M. Davis Community Care Centre,  
Bolton

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 25, 29 au 31 juillet et 1<sup>er</sup> au 2 août 2024

L'inspection concernait :

- Dossier n° 00121591 lié à une 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 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  
Personnel, formation et normes de soins  
Amélioration de la qualité  
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 conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes 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 fasse l'objet d'une réévaluation lorsque ses besoins diététiques ont changé.

#### **Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indique qu'il a besoin d'aide pour manger et d'une aide spécifique pour l'alimentation.

À une occasion, au cours d'un service de repas, la personne résidente a mangé de façon autonome et n'a pas reçu l'aide spécifique à l'alimentation. À deux reprises, la personne résidente a reçu deux aides à l'alimentation qui ne figuraient pas dans son programme de soins.

Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) a indiqué que la personne résidente avait besoin d'aides à l'alimentation différentes en fonction de sa capacité à se nourrir et que le programme de soins de la personne résidente aurait dû être mis à jour pour inclure ce renseignement.

En ne réévaluant pas le programme de soins de la personne résidente lorsque ses besoins diététiques changent, le personnel risque de ne pas fournir les interventions requises de manière cohérente.

**Sources** : observations des services de repas du midi, dossiers médicaux d'un résident et entretiens avec le ou la Dt.P. et d'autres membres du personnel.

Date de la rectification apportée : 24 juillet 2024

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements requis soient affichés dans le foyer, à un endroit bien en vue et facile d'accès.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer, un tableau de renseignement situé dans la salle des médicaments contenait des renseignements relatifs à l'obligation de faire des rapports obligatoires et à la politique de promotion de la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que ces renseignements n'étaient pas accessibles à l'ensemble du personnel, mais qu'elles devraient l'être.

Deux jours plus tard, il a été constaté que les renseignements susmentionnés étaient affichés sur le tableau d'affichage de chaque poste des services infirmiers.

**Sources** : observation et entretiens avec les membres du personnel.

Date de la rectification apportée : 24 juillet 2024

Non-respect n° 003 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 85 (3) (f) de la LRSLD (2021)**

**Affichage des renseignements**

Paragraphe 85 (3) Les renseignements requis aux fins des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

(f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que les coordonnées du directeur ou les coordonnées d'une personne que le directeur désigne pour recevoir les plaintes;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à afficher la marche à suivre écrite et les coordonnées de la personne à contacter pour déposer une plainte à la direction au sujet de la ligne ACTION du ministère pour le soutien aux familles.

**Justification et résumé**

L'inspecteur ou l'inspectrice des foyers de soins de longue durée a constaté que la marche à suivre écrite et les coordonnées pour déposer une plainte auprès de la direction n'étaient pas affichées dans le foyer.

Le ou la DSI a déclaré que ce document aurait dû être rendu public.

Deux jours plus tard, l'inspecteur ou l'inspectrice des foyers de soins de longue durée a constaté que ce document était affiché sur le tableau d'affichage à l'entrée principale du foyer.

**Sources** : deux observations et un entretien avec le ou la DSI.

Date de la rectification apportée : 24 juillet 2024

Non-respect n° 004 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés

exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis doit conserver un dossier écrit relatif à chaque évaluation visée à l'alinéa 3 qui comprend la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date de mise en œuvre de ces changements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport écrit de deux des évaluations annuelles des programmes du foyer comprenne les dates auxquelles des changements ont été apportés.

### **Justification et résumé**

Les évaluations annuelles de deux programmes obligatoires du foyer n'indiquaient pas les dates auxquelles les changements visant l'amélioration des conditions des personnes résidentes avaient été mis en œuvre.

Le ou la DSI a déclaré que les dates susmentionnées auraient dû être documentées dans l'évaluation des programmes.

**Sources** : les deux évaluations annuelles du programme du foyer et les entretiens avec le ou la DSI et d'autres membres du personnel.

Date de la rectification apportée : 2 août 2024

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 23 de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

23. Le résident a le droit de recevoir des soins et de l'aide favorisant son autonomie qui sont fondés sur une philosophie axée sur les soins de rétablissement de façon à maximiser le plus possible son autonomie.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit des personnes résidentes à recevoir des soins et de l'aide favorisant leur autonomie en se fondant sur une philosophie de soins de rétablissement visant à maximiser le plus possible l'autonomie soit respecté.

### **Justification et résumé**

Plusieurs personnes résidentes ont signalé qu'elles n'étaient plus en mesure de mettre en marche les lampes au-dessus des lits de manière autonome, lorsque le foyer a remplacé la tirette de l'interrupteur par un gradateur d'intensité sur le mur.

Le ou la DSI a déclaré que l'impossibilité de faire fonctionner de manière autonome la lampe au-dessus du lit limiterait l'indépendance des personnes résidentes.

Certaines personnes résidentes ont été affectées par le fait qu'elles n'étaient pas en mesure d'utiliser la lampe au-dessus de leur lit de manière autonome.

**Sources** : observations, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et entretiens avec le ou la DSI et d'autres personnes.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente concernant ses besoins diététiques soit respecté.

## Justification et résumé

Une personne résidente a été observée recevant de l'aide pour boire à l'aide d'un dispositif d'alimentation spécifique qui n'était pas indiqué dans son programme de soins.

Le personnel, n'ayant pas respecté le programme de soins de la personne résidente concernant l'utilisation des aides à l'alimentation, a fait courir le risque à la personne résidente de ne pas bien tolérer les liquides lors de l'utilisation de l'aide à l'alimentation en question.

**Sources** : observation d'un service de repas, programme de soins d'une personne résidente, notes d'évolution, entretiens avec le ou la Dt.P et ???normes des services numériques.???

## AVIS ÉCRIT : Conseil des résidents

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 ce que les réponses aux préoccupations et aux recommandations du conseil des résidents concernant le fonctionnement du foyer soient fournies par écrit dans les 10 jours suivant leur réception.

## Justification et résumé

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents du foyer sur une période d'un an font état de multiples préoccupations et recommandations relatives au fonctionnement du foyer.

Aucun document n'indique que les réponses aux préoccupations et

recommandations susmentionnées ont été fournies par écrit dans les 10 jours suivant leur réception.

En ne fournissant pas de réponse écrite dans les 10 jours suivant la réception des préoccupations et des recommandations du conseil des résidents, les membres du conseil ne savaient pas quand et si un suivi avait été effectué ce qui pouvait engendrer une insatisfaction des procédures.

**Sources :** le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents du foyer et un entretien avec le superviseur du ???RSS.???

## **AVIS ÉCRIT : Conseil des familles**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 66 (3) de la LRSLD (2021)**

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 aux préoccupations et aux recommandations du conseil des familles dans les 10 jours suivant leur réception.

### **Justification et résumé**

Les procès-verbaux des réunions du conseil des familles sur une période d'un an font état de multiples préoccupations et recommandations relatives au fonctionnement du foyer.

Aucun document n'indique quand une réponse aux préoccupations et recommandations susmentionnées a été fournie au conseil des familles.

En ne fournissant pas de réponse écrite dans les 10 jours suivant la réception des préoccupations liées au fonctionnement du foyer, le conseil des familles n'a pas su



quand ses préoccupations ont été suivies et quel en a été le résultat, ce qui a pu diminuer sa satisfaction à l'égard du processus de suivi du foyer.

**Sources** : procès-verbaux des réunions du conseil des familles du foyer et entretien avec l'administrateur ou l'administratrice et d'autres personnes.

## **AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Par. agraphe 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 une aire non résidentielle soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elle n'est pas supervisée par le personnel.

### **Justification et résumé**

Un inspecteur ou une inspectrice des foyers de soins de longue durée a observé que trois portes menant à des aires non résidentielles n'étaient pas complètement fermées ou verrouillées à deux occasions distinctes.

Le ou la DSI a déclaré que ces portes devraient toujours être verrouillées afin de minimiser les risques pour les personnes résidentes.

**Sources** : observations des portes dans deux aires du foyer et entretien avec le ou la DSI.

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

Problème de non-conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 55 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe. 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des traitements et des interventions, notamment la physiothérapie et les soins alimentaires. Paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la procédure relative au traitement des blessures par pression pour deux personnes résidentes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que son programme de soins de la peau et des plaies comprenne le traitement et les interventions pour les plaies et soit respecté.

### **Justification et résumé**

La politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies stipule que le personnel doit se référer à l'annexe F du protocole des plaies pour la prise en charge des personnes résidentes souffrant de blessures par pression spécifiques. Si le ou la stomathérapeute, l'infirmière ou l'infirmier chargé(e) du soin des plaies fournit des recommandations, une ordonnance du médecin doit être obtenue pour le traitement. Si la plaie présente des signes ou des symptômes d'infection, le médecin doit en être informé immédiatement et obtenir l'ordre de traiter l'infection.

Le protocole de soins des plaies figurant à l'annexe F indique que le personnel doit consulter le médecin traitant, l'infirmière ou l'infirmier praticien(ne) et spécialisé(e) dans les soins des plaies pour le traitement d'une plaie de pression spécifique. En outre, le protocole de traitement des plaies prévoyait des traitements spécifiques à appliquer aux blessures par pression et, en l'absence d'amélioration, le médecin, l'infirmière ou l'infirmier praticien(ne), l'infirmière ou l'infirmier spécialisé(e) dans le traitement des plaies ou le ou la stomathérapeute devaient en être informés. Le personnel infirmier autorisé devait s'assurer que la documentation du programme de soins de la plaie était complétée.

A. Une personne résidente souffrait d'une blessure par pression et le personnel a appliqué des traitements différents de ceux décrits dans le protocole du foyer sans en informer le médecin et sans obtenir d'ordonnance. De plus, lorsque le ou la stomathérapeute a fait des recommandations, aucune ordonnance médicale n'a été obtenue pour le traitement.

La personne résidente a subi une deuxième blessure par pression et le traitement appliqué n'a pas été documenté comme l'exige la politique du foyer.

Le ou la DSI et le ou la responsable des soins de la peau et des plaies ont reconnu les lacunes dans l'application des protocoles de soins des plaies du foyer pour les escarres de la personne résidente.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, programme de soins de la peau et des plaies du foyer, et entretiens avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies du foyer et le ou la DSI.

B. Une personne résidente a subi une blessure par pression et le traitement fourni était différent du protocole du foyer. Aucun document n'indique que le médecin a été informé de ce traitement.

Environ un mois plus tard, la plaie a commencé à se détériorer et le traitement a dû être modifié.

En ne suivant pas les protocoles de traitement des plaies indiqués dans la politique de soins de la peau et des plaies du foyer, le personnel n'appliquait pas le traitement approprié de manière cohérente, ce qui a pu contribuer à la détérioration de la plaie.

**Sources :** dossiers cliniques d'une personne résidente, le programme de soins de la peau et des plaies du foyer, et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé (IA), le responsable des soins des plaies du foyer et le ou la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

### Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à ce que l'évaluation prévue à l'alinéa (2) (b) soit consignée par écrit et comprenne la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date à laquelle les changements ont été mis en œuvre. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du cycle des menus du foyer pour 2023-2024 comprenne un résumé des changements apportés au menu et la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre.

### Justification et résumé

L'évaluation par le foyer du cycle de menus pour 2023-2024, ne comprenait pas de résumé des changements apportés au menu et des dates auxquelles ces changements ont été mis en œuvre.

En ne mentionnant pas les changements apportés au cycle des menus et les dates auxquelles ils ont été mis en œuvre, il a été difficile de suivre les changements apportés aux menus et d'évaluer les résultats de ces changements.

**Sources** : évaluation du cycle des menus du foyer pour 2023-2024, et entretien avec les ???normes des services numériques.???

## AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5 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 :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses procédures de service de restauration soient respectées afin de garantir que les aliments et les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

La politique et les procédures du foyer relatives à la température des aliments fournissaient des directives spécifiques pour l'enregistrement des températures et les températures de sécurité, en fonction du type d'aliment.

À deux reprises, aucune température n'a été prise avant de servir les aliments aux personnes résidentes de l'une des aires résidentielles lors du service du dîner.

Les rapports de température des aliments et des restants du foyer pour de l'aire résidentielle susmentionnée sur une période d'une semaine ont montré que les températures n'étaient pas prises à tous les moments requis, qu'il n'y avait pas d'heure pour l'enregistrement des températures, ou que les températures enregistrées n'étaient pas conformes aux lignes directrices. Aucune documentation n'indique que des mesures de suivi ont été prises.

Le ???directeur ou la directrice??? a reconnu que la température des aliments et des liquides n'avait pas été vérifiée comme l'exigeaient les politiques du foyer relatives au service des repas dans l'aire résidentielle concernée.

Le fait que le personnel ne vérifie pas la température des aliments et des liquides avant qu'ils ne soient servis, comme l'indique la politique du foyer, présente un risque potentiel que les aliments servis aux résidents ne soient pas à une température sûre ou appétissante.

**Sources** : observations du service de repas du dîner, politique du foyer en matière de températures et de production des aliments, réchaud et point de service, pratiques générales de sécurité en matière de production alimentaire pour la politique du service de diététique, dossiers d'audit des températures des aliments et des restants, et entretiens avec un cuisinier ou une cuisinière, une aide en diététique et le ???directeur ou la directrice???

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

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 168 (2) 6. i 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 du permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice comprenne les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens, fondées sur la documentation des résultats des sondages sur l'expérience des résidents et des familles, ont été mises en œuvre et les résultats de ces mesures.

**Justification et résumé**

Le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice ne comprenait pas les dates auxquelles des mesures ont été prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée en fonction de la documentation des résultats des sondages sur l'expérience des résidents et des familles/fournisseurs de soins et des résultats de ces mesures.

Le ou la spécialiste et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité du foyer ont reconnu que les renseignements susmentionnés n'avaient pas été inclus dans le rapport d'amélioration continue de la qualité comme prévu.

Le fait de ne pas inclure les renseignements requis ci-dessus dans le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer a été une occasion manquée de suivre et de partager les progrès du foyer avec les personnes résidentes, leurs

familles et le personnel.

**Sources** : rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer et entretiens avec le ou la spécialiste de l'amélioration continue de la qualité du foyer et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité.

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

Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : sous-alinéa 168 (2) 6) ii) 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 :

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice comprenne les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes dans les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer ont été mises en œuvre, ainsi que les résultats de ces mesures.

### **Justification et résumé**

Le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice financier n'indiquait pas les dates de mise en œuvre des mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes en fonction des domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer, ni les résultats de ces mesures.

Le ou la spécialiste et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité

du foyer ont reconnu que les renseignements susmentionnés n'avaient pas été inclus dans le rapport d'amélioration continue de la qualité comme prévu.

**Sources** : rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer et entretiens avec le ou la spécialiste de l'amélioration continue de la qualité du foyer et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité.

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

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : sous-alinéa 168 (2) 6. v 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 d'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice comprenne les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, les services, les programmes et les biens, fondées sur la documentation des résultats des sondages sur l'expérience des résidents et des familles, soient communiqués aux personnes résidentes et à leurs familles, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer.

### **Justification et résumé**

Le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice financier n'indiquait pas comment et quand les mesures prises en fonction des sondages sur l'expérience des résidents et des familles et sur les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité ont été communiquées aux personnes résidentes et à leurs familles, au conseil des résidents, au conseil des familles 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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo, ON, N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le ou la spécialiste et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité du foyer ont reconnu que les renseignements susmentionnés n'avaient pas été inclus dans le rapport d'amélioration continue de la qualité comme prévu.

En n'incluant pas les renseignements susmentionnés dans le rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer, les progrès du foyer n'ont pas pu être suivis et partagés avec les personnes résidentes, leurs familles et le personnel.

**Sources** : rapport d'amélioration continue de la qualité du foyer et entretiens avec le ou la spécialiste de l'amélioration continue de la qualité du foyer et le ou la responsable de l'amélioration continue de la qualité.