

**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

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 20 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1274-0001

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Schlegel Villages Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** The Village of Winston Park, Kitchener

**Inspectrice principale**

Katherine Adamski (n° 753)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Katherine

Adamski

Digitally signed by  
Katherine Adamski

Date: 2024.07.02 09:36:48  
-04'00'

**Autres inspectrices / autre inspecteur**

Kaitlyn Puklicz (n° 000685)

Emma Perin (n° 000896) et Sebastian Henao Arango étaient également présents lors de cette inspection.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

**L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :** du 14 au 17, du 21 au 24, et le 27 mai 2024

**L'inspection concernait :**

- Registre n° 00115642 – 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

**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

Gestion des médicaments  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Conseils des résidents et des familles  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
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 85 (3) r) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une explication des protections qu'offre l'article 30 soit affichée dans le foyer.

La politique du foyer en matière de protection des dénonciateurs, qui comprenait une explication des protections qu'offre l'article 30, a été immédiatement affichée dès que la situation a été portée à l'attention de la direction du foyer.

**Sources :** Observations du 14 mai 2024, entretien avec l'administrateur. [000685]

**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**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 14 mai 2024Problème de conformité n° 002 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 dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Lorsque l'inspectrice a remarqué que la porte du poste de soins infirmiers était ouverte et déverrouillée, un membre du personnel a répondu en s'assurant qu'elle était fermée et verrouillée.

**Sources** : Observations du 14 mai 2024, entretien avec la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 105. [000685]**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 14 mai 2024**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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.

**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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins alimentaires d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

Le programme de soins alimentaires et d'hydratation d'une personne résidente comprenait des exigences particulières pour assurer sa sécurité pendant les repas, ainsi que ses préférences.

À deux reprises, la personne résidente n'a pas reçu son repas conformément aux exigences précisées dans son programme de soins, ce qui l'a mise en danger.

**Sources :** Observation des repas, Kardex de la personne résidente, entretien avec les diététistes professionnels n° 118 et n° 109 et d'autres membres du personnel. [753]

**AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

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 77 (2) c) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

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

c) soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et qui tient impérativement compte de ce qui suit :

(ii) les préférences des résidents,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par le diététiste professionnel du foyer en tenant compte des préférences des personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901**Justification et résumé**

Après l'examen et la mise à l'essai du cycle des menus du foyer auprès des personnes résidentes, des modifications y ont été apportées. Le diététiste professionnel du foyer n'a pas évalué le cycle des menus pour vérifier s'ils étaient adéquats sur le plan nutritionnel après ces modifications.

**Sources :** Approbation et examen des menus pour les soins de longue durée par le diététiste professionnel des Villages Schlegel, outil d'examen et d'approbation des menus de Revera (menu automne/hiver 2023/2024), entretiens avec le diététiste professionnel n° 109. [753]

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

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

**Non-respect : de 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 que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Conformément à la section 9.1 de la norme de PCI, révisée en septembre 2023, les précautions supplémentaires doivent comporter des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait à la transmission potentielle par gouttelettes et le choix et le port appropriés de l'équipement de protection individuel (EPI).

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 111 soit informée de procédures appropriées pour le port de l'EPI pour les personnes résidentes pour lesquelles il faut prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes.

**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**Justification et résumé**

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 111 a mentionné qu'elle porte un masque N95 par-dessus son masque chirurgical lorsqu'elle s'occupe de personnes résidentes faisant l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes.

Le responsable de la PCI a confirmé que le personnel n'avait pas été informé de la nécessité de porter un masque sous son masque N95.

En ne mettant pas correctement son masque N95 comme précaution contre les gouttelettes, la PSSP n° 111 s'est exposée et a exposé les personnes résidentes au risque de transmission d'infections.

**Sources** : Norme de PCI, révisée en septembre 2023, entretien avec la PSSP n° 111 et le responsable de la PCI. [000685]

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

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

**Non-respect : de la sous-disposition 5 ii 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 :

ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 comprenne un relevé écrit des résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi.

**Justification et résumé**

Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a reconnu que 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 du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

résultats du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes et des familles du foyer effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi n'ont pas été inclus dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité. [753]

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

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

**Non-respect : de la sous-disposition 5 iii 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 :

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,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués au conseil des personnes résidentes et aux membres du personnel du foyer.

**Justification et résumé**

Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 ne précisait pas la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués au conseil des personnes résidentes 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

**Sources** : Rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité. [753]

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

Problème de conformité n° 008 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 en 2023-2024 comprenne un relevé écrit des dates et des mesures prises en réponse aux sondages de satisfaction pour améliorer le foyer de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 ne comprenait pas de relevé écrit des dates et des mesures prises en réponse aux résultats des sondages de satisfaction effectués pendant l'exercice au titre de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi.

**Sources** : Rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité. [753]

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

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

**Non-respect : de la sous-disposition 6 ii 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 :

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 sur l'initiative  
d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 comprenne un relevé écrit  
des dates auxquelles d'autres mesures ont été prises pour améliorer le foyer de  
soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Le responsable de l'amélioration constante de la qualité a reconnu que le rapport  
sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024 ne comprenait  
pas de relevé écrit des dates auxquelles d'autres mesures ont été prises pour  
améliorer le foyer de soins de longue durée.

**Sources :** Rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en  
2023-2024; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité.  
[753]

**AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'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 v du paragraphe 168 (2) du Règl. 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 du Centre-Ouest**

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

**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 en 2023-2024 comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des personnes résidentes, 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 en 2023-2024 ne comprenait pas de relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en réponse aux sondages de satisfaction et les autres mesures prises pour améliorer le foyer ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des personnes résidentes, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

**Sources :** Rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité en 2023-2024; entretien avec le responsable de l'amélioration constante de la qualité.  
[753]