

**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 :** 28 mars 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1412-0001

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** The Royale Development GP Corporation as general partner of The Royale Development LP

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Woodhall Park Community, Brampton

**Inspectrice principale / Inspecteur principal**

Gurvarinder Brar (000687)

**Signature numérique de l'inspectrice / Signature numérique de l'inspecteur**

Gurvarinder K Brar

Digitally signed by Gurvarinder K Brar  
 Date: 2024.04.19 14:18:32 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Romela Villaspir (653)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place à la date suivante : Du 11 au 15 mars et du 19 au 22 mars 2024

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00110386 – inspection proactive

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies  
 Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
 Alimentation, nutrition et hydratation

**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

Conseils des résidents et des familles  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de 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 du permis avant la conclusion de l'inspection.

L'inspecteur/inspectrice a estimé que le problème de conformité respectait l'intention de l'article 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 Corrigé aux termes de l'alinéa 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Portes dans le foyer

art. 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 qu'une porte donnant sur une aire non

**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

résidentielle soit gardée fermée et verrouillée lorsqu'elle n'est pas supervisée par le personnel.

**Justification et résumé**

La porte de la salle de bain munie d'un clavier numérique n'était pas verrouillée et était restée ouverte.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a fermé la porte et a indiqué que cette porte était censée être verrouillée.

**Sources :** Observation de l'inspecteur/inspectrice n° 653; entretien avec la PSSP. [653]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 11 mars 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé conformément aux termes de l'alinéa 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

art. 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. art. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme délivrée par le directeur concernant la prévention et du contrôle des infections soit mise en œuvre.

**Justification et résumé**

Selon l'article 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Selon la politique « Licensee Equipment Cleaning – Resident Care & Medical policy » (nettoyage de l'équipement du titulaire de permis – Soins aux personnes

**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

résidentes et soins médicaux), tout l'équipement commun (c.-à-d. les chaises pour la baignoire/chaises pour la douche/chaises d'aisance/ascenseurs, etc.) doit être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation par les membres de l'équipe qui utilisent l'article (c.-à-d. les infirmiers et les infirmières). Le nettoyage et la désinfection de ces articles doivent également être effectués selon le calendrier établi.

Au cours de l'inspection, deux PSSP ont transféré une personne résidente du lit au fauteuil à l'aide d'un lève-personne. Ensuite, l'une des PSSP a placé le lève-personne dans la salle de bain sans le désinfecter.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué que le foyer exige que les PSSP désinfectent l'équipement commun après chaque utilisation.

La PSSP a confirmé qu'elle avait désinfecté le lève-personne après l'entretien avec l'inspecteur.

Le non-respect des politiques et procédures en matière de prévention et de contrôle des infections du foyer a entraîné un risque de propagation de micro-organismes infectieux.

[000687]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 mars 2024

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 6 (7) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

art. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans 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

de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient fournis à ce dernier tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

Une personne résidente suivait un régime alimentaire spécial en raison d'un diagnostic médical.

Au cours du repas de midi, la personne résidente s'est vu proposer des plats du menu ordinaire et non du menu spécial.

Le ou la diététiste a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été respecté et a indiqué que le personnel aurait dû proposer les options du menu spécial, et non le menu normal.

Lorsque le programme de soins d'une personne résidente n'a pas été mis en œuvre, cette dernière a consommé des aliments qui ne correspondaient pas à son régime alimentaire particulier.

**Sources :** Le cycle des menus réguliers du foyer et le menu des régimes spéciaux; l'observation du repas de midi; les entretiens avec le ou la diététiste et d'autres membres du personnel. [653]

**AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE RÉPONDRE**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'alinéa 63 (3) de la LRSLD (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

art. 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou 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

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 répondu par écrit au conseil des résidents dans les 10 jours suivants la réception de la demande du conseil des résidents relatif à une préoccupation concernant les activités du foyer.

**Justification et résumé**

Le président du conseil des résidents a indiqué qu'au cours de la réunion du conseil des résidents, il avait fait part d'une préoccupation et que le conseil n'avait pas reçu de réponse écrite de la part du foyer.

Le directeur des programmes pour les résidents a reconnu qu'une réponse écrite n'avait pas été fournie au conseil des résidents dans les dix jours suivant la réception de leurs préoccupations.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents; entretiens avec le président du conseil des résidents, le directeur des programmes pour les résidents et le directeur général. [653]

**AVIS ÉCRIT : PLANIFICATION DES MENUS**

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

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

Planification des menus

art. 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. art. 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District 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 l'évaluation du cycle des menus soit consignée par écrit.

**Justification et résumé**

Le ou la diététiste et le directeur ou la directrice des services diététiques ont évalué le cycle des menus du foyer avant qu'il n'entre en vigueur.

Le registre d'évaluation et d'approbation des menus du foyer a été signé par le ou la diététiste, mais il n'existe aucun document signé par le directeur ou la directrice des services diététiques.

**Sources :** Dossier d'évaluation et d'approbation des menus; entretiens avec le ou la diététiste et le directeur ou la directrice des services diététiques. [653]

## **AVIS ÉCRIT : PLANIFICATION DES MENUS**

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

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

Planification des menus

art. 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. art. 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un plat prévu au menu soit offert et disponible à chaque repas.

**Justification et résumé**

Lors de l'observation d'un repas de midi, un article prévu au menu n'a pas été offert 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

Le superviseur des services alimentaires a indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel propose l'article prévu au menu.

En ne proposant pas le plat prévu au menu, les personnes résidentes n'ont pas eu la possibilité de faire leur propre choix pendant le service du repas de midi.

**Sources :** Le cycle des menus du foyer, les observations des repas de midi, les entretiens avec le superviseur ou la superviseuse des services alimentaires et d'autres membres du personnel. [653]

## **AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

art. 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 :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service d'alimentation comprenant un processus permettant de s'assurer que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel qui aident les personnes résidentes soient au courant des régimes alimentaires, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé. Le plan de soins de la personne résidente indique, dans le cadre des approches et des actions 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

soutien, qu'il faut proposer des aliments particuliers.

Les besoins particuliers liés au régime alimentaire des personnes résidentes n'ont pas été pris en compte dans le rapport sur le service des repas, alors que les préposés au service d'alimentation s'efforcent de déterminer les besoins des personnes résidentes avant de les servir.

En n'ajoutant pas les interventions diététiques particulières de la personne résidente dans le système de rapport des repas, le préposé ou la préposée au service d'alimentation ne savait pas que la personne résidente était censé bénéficier d'un régime alimentaire individualisé pendant le service des repas.

**Sources :** Dossiers de santé clinique des personnes résidentes, rapport sur les services de repas; entretiens avec le ou la diététiste, le préposé ou la préposée au service d'alimentation et le superviseur ou la superviseuse des services alimentaires. [653]

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

art. 102 (2) Le titulaire de permis met en oeuvre ce qui suit : (b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. art. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel respecte la norme en matière de prévention et de contrôle des infections établie par le directeur. L'alinéa 10.2 (c) de la norme de prévention et de contrôle des infections (IPAC) dans les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023 (norme IPAC),

**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

relative à l'hygiène des mains des résidents, stipule que le programme d'hygiène des mains pour les résidents doit comprendre de l'aide pour que les résidents puissent se laver les mains avant de prendre leur collation.

**Justification et résumé :**

Lors de la collation de l'après-midi, il a été constaté que les personnes résidentes ne se lavaient pas les mains avant de se faire servir la collation par deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

Le responsable de l'IPAC a déclaré que le personnel était censé assurer l'hygiène des mains des personnes résidentes avant de leur servir des collations.

Le fait de ne pas se laver les mains augmentait le risque de transmission des microorganismes chez les personnes résidentes et le personnel.

**Sources :** Observation des périodes lors desquelles sont servies les collations, politique d'hygiène des mains du titulaire de permis et entretiens avec le personnel de service et le responsable de l'IPAC. [000687]

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme émise par le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections (IPAC) soit mise en œuvre.

**Justification et résumé**

Selon l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

L'alinéa 9.1 de la norme IPAC pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, indique que le titulaire de permis doit s'assurer que les pratiques de routine et les précautions supplémentaires sont respectées dans le cadre du programme IPAC. Les précautions supplémentaires comprennent au minimum : f) des exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

**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

La politique de précautions supplémentaires du foyer indique que l'infirmier ou l'infirmière doit prendre les précautions supplémentaires appropriées dès l'apparition des symptômes et maintenir les précautions jusqu'à ce que les résultats de laboratoire permettent de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. En cas de suspicion ou de confirmation de COVID-19, l'EPI à utiliser est un masque N95 (testé à l'ajustement et à l'étanchéité), une blouse, des gants et une protection oculaire.

Une personne résidente présentait un symptôme intermittent. Un test de réaction en chaîne par polymérase (PCR) a été effectué et la personne résidente a été soumise à des précautions supplémentaires.

Les précautions supplémentaires ont été affichées sur la porte de la personne résidente, y compris les étapes à suivre pour retirer l'EPI.

Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) et un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) se trouvaient dans la chambre d'une personne résidente sans porter l'EPI requis. L'IA et l'IAA contrôlaient la personne résidente et vérifiaient le matériel d'intervention médicale utilisé par la personne résidente dans la chambre.

En sortant de la pièce, l'IA n'a pas suivi les étapes de retrait de l'EPI.

Le responsable de l'IPAC a indiqué que l'IA et l'IAA auraient dû revêtir l'EPI requis lorsqu'elles sont entrées dans la chambre de la personne résidente, car cette dernière faisait l'objet de précautions supplémentaires et avait un résultat de test PCR en attente. Le responsable de l'IPAC a également déclaré que l'IA aurait dû suivre les étapes de retrait de l'EPI.

En ne respectant pas les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections du foyer en ce qui a trait aux précautions supplémentaires, il y avait un risque accru de propagation de microorganismes infectieux parmi les personnes résidentes et les membres du personnel.

**Sources :** Politique du foyer en matière de précautions supplémentaires; dossiers médicaux des personnes résidentes; observations; entretiens avec le responsable de l'IPAC et le personnel autorisé. [653]

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 123 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

art. 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent : (a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; et

Le titulaire du permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des politiques écrites élaborées pour la gestion des médicaments conformément aux pratiques fondées sur des preuves pour un résident.

### **A) Justification et résumé**

Selon la politique sur la documentation du nombre de narcotiques et de médicaments contrôlés, lors de l'administration d'un narcotique ou d'un médicament contrôlé, l'infirmier ou l'infirmière documente l'administration du médicament sur le registre de suivi de l'administration de médicaments de la personne résidente et sur le registre du nombre de narcotiques et de médicaments contrôlés de la personne résidente. Ils font la soustraction et consignent les quantités restantes au registre de la personne résidente. Vérifier que la quantité consignée correspond à la quantité réelle.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a administré un médicament narcotique à une personne résidente. L'IAA n'a pas signé le registre des narcotiques/médicaments contrôlés de chaque personne résidente au moment

**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

de l'administration.

L'ADOC a déclaré que les infirmiers et les infirmières doivent signer la feuille de décompte des narcotiques/médicaments contrôlés pour les personnes résidentes au moment de l'administration.

L'inexactitude de la documentation relative à l'administration de stupéfiants a pu laisser croire à d'autres membres du personnel autorisé qu'un narcotique n'a pas été administré.

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec l'ADOC et le personnel; politique du titulaire de permis relative à la documentation des registres de narcotiques et de médicaments contrôlés. [000687]

**B) Justification et résumé**

Selon la politique du titulaire de permis - VIII-E-10.20(a) Physician-NP Orders Guidelines, le deuxième infirmier ou la deuxième infirmière est tenu d'y saisir sa signature, son statut, la date et l'heure indiquant que la deuxième vérification a été effectuée, en suivant le même processus que le premier infirmier ou la première infirmière, et que les renseignements sont exacts et transcrits correctement dans les demandes d'examen appropriées.

Un bilan comparatif des médicaments a été effectué par un membre du personnel autorisé pour une personne résidente. La deuxième vérification de l'infirmier ou de l'infirmière ne figurait pas dans le rapport d'examen de l'ordonnance.

L'ADOC a déclaré que la deuxième vérification par l'infirmier ou l'infirmière était attendue après que le bilan comparatif des médicaments ait été effectué par le premier infirmier ou la première infirmière.

Si le personnel agréé ne procède pas à cette deuxième vérification, la personne résidente risque de recevoir un traitement inexact.

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec l'ADOC et le

**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

personnel; politique Physician-NP Orders Guidelines du titulaire de permis. [000687]

## **AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

art. 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

4. Tous les responsables désignés du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité du foyer soit composé de tous les responsables désignés du foyer.

### **Justification et résumé**

Le responsable de la formation et de l'amélioration constante de la qualité du foyer a indiqué que le comité de qualité des intervenants du foyer est son comité d'assurance de la qualité.

Le comité d'amélioration constante de la qualité ne comprenait pas tous les responsables désignés du foyer.

Le fait de ne pas inclure tous les responsables désignés du foyer dans le comité d'amélioration constante de la qualité a été une occasion manquée d'obtenir un retour d'information interdisciplinaire pertinent sur les initiatives en matière d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Procès-verbal de la réunion du comité consultatif des parties prenantes sur la qualité; entretien avec le responsable de la formation et de l'amélioration constante de la qualité. [653]

## AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

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

### **Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 5 iii du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

art. 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'amélioration constante de la qualité contienne un relevé écrit de la façon dont les résultats du sondage effectué au cours de l'exercice financier en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux membres du personnel du foyer, ainsi que des dates auxquelles ils l'ont été.

### **Justification et résumé**

Le responsable de la formation et de l'amélioration constante de la qualité du foyer a indiqué que les résultats du sondage ont été communiqués aux membres du personnel lors d'une réunion publique.

Le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer n'incluait pas les renseignements susmentionnés ni les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués aux membres du personnel du foyer.

**Sources :** Rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer; entretien avec le responsable de la formation/responsable de l'amélioration constante de la

**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

qualité. [653]

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 6 v du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

art. 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 du permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité contienne un relevé écrit sur la manière dont les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii du Règl. de l'Ont. 246/22, art. 168 (2) 6 ont été communiquées aux membres du personnel du foyer, ainsi que les dates auxquelles elles l'ont été.

### **Justification et résumé**

Le responsable de la formation et de l'amélioration constante de la qualité du foyer a indiqué que les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii du Règl. de l'Ont. 246/22, art. 168 (2) 6 ont été communiquées aux membres du personnel au cours de la journée de planification opérationnelle.

Le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas les renseignements susmentionnés ni la date à laquelle les mesures prises par le foyer ont été communiquées 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 sur l'amélioration constante de la qualité du foyer; entretien avec le responsable de la formation/responsable de l'amélioration constante de la qualité. [653]