

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

<b>Rapport public initial</b>	
<b>Date d'émission du rapport :</b> 24 juillet 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1544-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Corporation of the City of Peterborough et Corporation of the County of Peterborough	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Fairhaven, Peterborough	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20, 21 et du 24 au 28 juin 2024 ainsi que du 2 au 5 et du 8 au 11 juillet 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00116919 – Inspection proactive de la conformité

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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  
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 ou inspecteur 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) d) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

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

d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28 soit affichée dans le foyer de soins de longue durée.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Justification et résumé

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRSLD* (2021), 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 au foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Plus précisément, lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, il a été constaté qu'une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28 n'était pas affichée.

La directrice générale a reconnu que l'explication de l'obligation de faire rapport n'avait pas été affichée.

L'explication de l'obligation de faire des rapports obligatoires en vertu de l'article 28 a été affichée le 26 juin 2024.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 juin 2024

Problème de conformité n° 002 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 actuelle de la politique

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRSLD* (2021), 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 au foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Plus précisément, lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, il a été constaté qu'une version actuelle de la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée.

La directrice générale a reconnu que la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée. Il a été observé que la politique concernant les visiteurs avait été affichée au 26 juin 2024.

**Sources :** Observations, entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 juin 2024

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

**Non-respect : de l'alinéa 271 (1) f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Site Web

Paragraphe 271 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

f) la version en vigueur des plans de mesures d'urgence à l'égard du foyer, comme le prévoit l'article 268;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version actuelle des plans d'urgence du foyer de soins de longue durée soit publiée sur le site Web 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Le 8 juillet 2024, l'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas été en mesure de trouver la version actuelle des plans d'urgence du foyer de soins de longue durée sur le site Web de ce dernier.

La directrice générale n'a pas été en mesure de trouver la version actuelle des plans d'urgence du foyer de soins de longue durée sur le site Web de ce dernier et a confirmé que les plans d'urgence n'étaient pas publiés sur le site Web.

Le 9 juillet 2024, les plans d'urgence du foyer de soins de longue durée ont été publiés sur le site Web de ce dernier.

**Sources :** Survol du site Web du foyer de soins de longue durée et entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 9 juillet 2024

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

**Non-respect : de l'alinéa 271 (1) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Site Web

Paragraphe 271 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

- g) 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 actuelle de la politique concernant les visiteurs soit publiée sur le site Web du foyer de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Le 8 juillet 2024, l'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas été en mesure de trouver la version actuelle de la politique concernant les visiteurs du foyer de soins de longue

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

durée sur le site Web de ce dernier.

La directrice générale n'a pas été en mesure de trouver la politique concernant les visiteurs du foyer de soins de longue durée sur le site Web de ce dernier et a confirmé que la politique n'était pas publiée sur le site Web.

Le 9 juillet 2024, la version actuelle de la politique concernant les visiteurs du foyer de soins de longue durée a été publiée sur le site Web de ce dernier.

**Sources :** Survol du site Web du foyer de soins de longue durée, entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 9 juillet 2024

**AVIS ÉCRIT : CONSEIL DES RÉSIDENTS**

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 ce qu'une réponse écrite soit fournie dans les 10 jours aux préoccupations ou aux recommandations du conseil des résidents.

**Justification et résumé**

L'examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents a permis de dégager des préoccupations et des recommandations particulières.

L'assistant du conseil des résidents a indiqué qu'aucune réponse écrite aux préoccupations du conseil des résidents n'avait été consignée dans le procès-verbal.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La directrice générale a indiqué qu'elle n'avait pas répondu par écrit aux préoccupations exprimées dans le procès-verbal du conseil des résidents.

L'absence de réponse écrite aux préoccupations ou aux recommandations du conseil des résidents dans un délai de 10 jours a eu pour conséquence qu'elles n'ont pas été prises en compte en temps utile.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, entretiens avec l'assistant du conseil des résidents et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : FENÊTRES**

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

**Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer de soins de longue durée qui donnent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux résidents soient munies d'une moustiquaire et ne puissent être ouvertes à plus de 15 centimètres.

**Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, il a été constaté qu'une fenêtre de la chambre d'une personne résidente s'ouvrait sur plus de 15 centimètres. La moustiquaire d'une fenêtre de la chambre d'une autre personne résidente était déchirée.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé les observations ci-dessus.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les fenêtres doivent munies d'une moustiquaire et qu'elles ne s'ouvrent pas de plus de 15 centimètres a constitué un risque pour le bien-être et la sécurité des résidents.

**Sources :** Observation de l'inspectrice ou inspecteur et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

**AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE**

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

**Non-respect : du paragraphe 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) et 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 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 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**

Un examen des dossiers de documentation de la température de l'air du foyer de soins de longue durée a révélé que la température de l'air n'était pas mesurée et documentée de façon uniforme le matin, l'après-midi entre 12 h et 17 h et le soir dans deux chambres de résidents et dans une partie commune.

Le gestionnaire des services environnementaux a reconnu que les températures de l'air n'étaient pas mesurées et enregistrées de manière cohérente dans le foyer de soins de longue durée.

Le fait de ne pas mesurer et documenter les températures de l'air expose les résidents à un risque d'inconfort lorsque les températures de l'air sortent de la fourchette requise sans qu'aucune mesure ne soit prise.



**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Registres de la température de l'air et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

**AVIS ÉCRIT : OBSERVATION DES INSTRUCTIONS DU FABRICANT**

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

**Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise une aide fonctionnelle pour une personne résidente conformément aux instructions du fabricant.

**Justification et résumé**

Les observations d'une personne résidente indiquaient qu'une aide fonctionnelle a été utilisée pour cette personne et que cette aide fonctionnelle est restée attachée à la personne résidente après avoir été utilisée.

Le programme de soins actuel de la personne résidente indique qu'elle a besoin d'utiliser l'aide fonctionnelle pendant les soins. Le programme de soins n'indiquait pas au personnel de retirer ou de laisser l'aide fonctionnelle attachée à la personne résidente.

Les instructions du fabricant de l'aide fonctionnelle en question indiquaient que celle-ci ne pouvait pas être attachée lorsqu'elle n'était pas utilisée. Un professionnel qualifié doit toujours procéder à une évaluation des risques pour déterminer la méthode d'application de l'aide fonctionnelle. Reportez-vous toujours aux politiques et procédures de votre établissement pour vous assurer que les précautions appropriées sont prises.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Au cours d'entretiens distincts, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont indiqué que l'aide fonctionnelle restait attachée à la personne résidente parce qu'il était difficile de l'enlever.

Le gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que les instructions du fabricant concernant l'utilisation de l'aide fonctionnelle indiquent qu'il n'est pas approprié de la fixer à la personne résidente. Le gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que la personne résidente sera évaluée afin de déterminer s'il est nécessaire que l'aide fonctionnelle reste attachée à la personne résidente.

Le fait de ne pas utiliser l'aide fonctionnelle conformément aux instructions du fabricant a exposé la personne résidente à un risque d'inconfort et de blessure.

**Sources :** Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur, programme de soins de la personne résidente, instructions du fabricant de l'aide fonctionnelle et entretiens avec la PSSP, l'IAA et le gestionnaire des soins aux résidents

**AVIS ÉCRIT : RÉUNION SUR LES SOINS**

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

**Non-respect : de l'alinéa 30 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Réunion sur les soins

Paragraphe 30 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines qui suivent l'admission du résident et au moins une fois par année pour discuter du programme de soins et toutes les autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une conférence sur les soins de l'équipe interdisciplinaire fournissant les soins à une personne résidente soit tenue au moins

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

une fois par an pour discuter du programme de soins et de toute autre question d'importance pour la personne résidente et son mandataire spécial.

**Justification et résumé**

Au cours d'un entretien, le mandataire spécial d'une personne résidente a indiqué ne pas avoir été invité à une récente conférence sur les soins. Les dossiers cliniques de la personne résidente ont été examinés et indiquaient que la conférence annuelle sur les soins était en retard.

Le gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que les infirmières autorisées organisaient les conférences annuelles sur les soins et en assuraient le suivi. Le gestionnaire des soins aux résidents a reconnu qu'il n'y avait pas eu de conférence annuelle sur les soins pour la personne résidente.

Le fait de ne pas organiser la conférence annuelle sur les soins réduit la possibilité pour la personne résidente et son mandataire spécial de participer pleinement et de discuter du programme de soins de la personne résidente et de toute autre question importante pour elle et son mandataire spécial.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente et du gestionnaire des soins aux résidents.

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

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

**Non-respect : de la disposition 1 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 :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative 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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer comprenne le nom et le poste de la personne responsable désignée en ce qui concerne l'initiative d'ACQ.

**Justification et résumé**

Un examen du rapport sur l'initiative d'ACQ du foyer de soins de longue durée pour l'exercice 2024-2025 a révélé que le rapport ne contenait pas le nom du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration continue de la qualité.

Le responsable désigné de l'ACQ a confirmé que son nom ne figurait pas dans le rapport sur l'initiative d'ACQ.

Le fait de ne pas inclure les renseignements requis dans le rapport sur l'initiative d'ACQ pourrait limiter la contribution et les suggestions d'amélioration de la qualité dans le foyer de soins de longue durée.

**Sources :** Rapport sur l'initiative d'ACQ et entretien avec le responsable de l'ACQ désigné par le foyer de soins de longue durée.

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

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

**Non-respect : de la disposition 5 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 :
  - i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
  - ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
  - iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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 les renseignements requis.

- i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
- ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
- 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,

**Justification et résumé**

Un examen du rapport de l'initiative d'ACQ du foyer de soins de longue durée pour l'exercice 2024-2025 a révélé que le rapport ne contenait pas les renseignements requis dans le cadre du sondage sur l'expérience des résidents et de la famille/des soignants.

Le responsable désigné de l'ACQ a confirmé que le rapport de l'initiative d'ACQ ne contenait pas les renseignements requis pour le sondage sur l'expérience des résidents et des familles/soignants.

Le fait de ne pas inclure les renseignements requis dans le rapport sur l'initiative d'ACQ pourrait limiter la contribution et les suggestions d'amélioration de la qualité dans le foyer de soins de longue durée.

**Sources :** Rapport sur l'initiative d'ACQ et entretien avec le responsable de l'ACQ désigné par le foyer de soins de longue durée.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'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 6 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,
- 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,
- iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- 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 de l'initiative d'amélioration continue de la qualité (ACQ) contienne un compte rendu écrit des éléments suivants :

- 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,

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- 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,
- iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- 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.

**Justification et résumé**

Un examen du rapport sur l'initiative d'ACQ du foyer de soins de longue durée pour l'exercice 2024-2025 a révélé que le rapport ne contenait pas les renseignements requis sur les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens, selon la documentation des résultats du sondage sur l'expérience des résidents et des familles/soignants, le rôle du conseil des résidents, du conseil des familles et de l'ACQ dans les mesures prises, et les dates auxquelles les mesures prises ont été communiquées aux résidents et à leurs familles, au conseil des résidents, au conseil des familles, le cas échéant, et aux membres du personnel du foyer.

Le responsable désigné de l'ACQ a confirmé que le rapport sur l'initiative d'ACQ ne contenait pas les renseignements requis concernant les mesures prises, y compris le rôle du conseil des résidents, du conseil des familles et du comité d'ACQ dans toutes les mesures prises.

Le fait de ne pas inclure les renseignements requis dans le rapport sur l'initiative d'ACQ pourrait limiter la contribution et les suggestions d'amélioration de la qualité dans le foyer de soins de longue durée.

**Sources :** Rapport sur l'initiative d'ACQ et entretien avec le responsable de l'ACQ désigné par le foyer de soins de longue durée.

**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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'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 : du paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration continue de la qualité (ACQ) soit remis au conseil des résidents et au conseil des familles.

### Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a examiné le compte rendu de la réunion du conseil des résidents et des familles. L'examen n'a pas indiqué que le rapport sur l'initiative d'ACQ avait été transmis au conseil des résidents et au conseil des familles.

Un examen de l'ACQ du foyer pour l'exercice 2024-2025 n'a pas indiqué que le rapport d'initiative d'ACQ avait été fourni au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le responsable désigné de l'ACQ a confirmé qu'une copie du rapport de l'initiative d'ACQ n'avait pas été fournie au conseil des résidents et au conseil des familles.

Le fait de ne pas fournir une copie du rapport de l'initiative d'ACQ au conseil des résidents et au conseil des familles pourrait limiter la contribution des conseils à l'amélioration de la qualité dans le foyer.

**Sources :** Examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et des familles, examen du rapport sur l'initiative d'ACQ et entretien avec le responsable de l'ACQ désigné par le 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS ÉCRIT : CONSTRUCTION ET RÉNOVATION DE FOYERS**

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 356 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ne doit pas commencer l'exploitation du foyer en vertu d'un nouveau permis ou d'une nouvelle approbation tant que le directeur n'a pas approuvé le foyer et son équipement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des modifications, des ajouts ou des rénovations ne soient pas apportés au foyer de soins de longue durée sans l'approbation préalable du directeur.

**Justification et résumé**

Un examen du procès-verbal de la réunion du conseil des résidents en date du 1<sup>er</sup> mai 2024 indique que le gestionnaire des services environnementaux a fait le point sur le projet de toiture qui a débuté le 29 avril 2024 et que des clôtures ont été installées pour s'assurer que les débris ne tombent pas sur quelqu'un. Le jardin et les balcons de la section Westview (W/V2) du foyer des résidents étaient fermés pendant cette période. Le délai de réalisation du projet était de huit semaines.

La directrice générale a indiqué que le projet de toiture avait débuté l'année dernière en deux phases, pendant l'été, et qu'une tente avait été utilisée pour les résidents à l'avant du bâtiment l'été dernier et cet été afin d'accommoder les résidents, car certains balcons et le jardin étaient fermés lorsque les couvreurs effectuaient des travaux en hauteur. La directrice générale a reconnu qu'elle n'avait pas demandé l'approbation du directeur avant d'entamer le projet de toiture.

Le fait de ne pas avoir informé le directeur des rénovations effectuées dans le foyer aurait pu entraîner un manque d'espace pour les résidents.

**Sources :** Examen des procès-verbaux du conseil des résidents et entretien avec 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-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

directrice générale.