

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Rapport public initial**

<b>Date d'émission du rapport :</b> 18 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1376-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> 1365853 Ontario Limited	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Maple Park Lodge, Fort Erie	
<b>Inspectrice principale</b> Lisa Vink (168)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autre inspectrice</b> Cathy Fediash (214)	

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 31 mai et les 3, 4, 10 et 11 juin 2024, ainsi qu'à l'extérieur le 7 juin 2024.

L'inspection concernait :

- Registre n° 00116849 – 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
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Conseils des résidents et des familles
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- 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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

## 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 que l'explication du foyer des protections qu'offre l'article 30 de la *LRSLD* (2021) sur le plan de la protection des dénonciateurs soit affichée dans le foyer.

#### **Justification et résumé**

La politique de protection des dénonciateurs du foyer, qui comprenait une explication des protections dont bénéficient les personnes, n'était pas affichée dans le foyer. Le personnel a confirmé que la politique n'était pas affichée. La politique a été placée dans l'entrée principale du foyer le même jour.

**Sources :** Observations du foyer et entretien avec le personnel. [214]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** 28 mai 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

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

**Non-respect : de la sous-disposition 1 i 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 :

1 Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

i. gardées fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer soient verrouillées

**Justification et résumé**

Les observations d'un couloir de service ont révélé la présence d'une porte de sortie menant à une zone non sécurisée à l'extérieur du foyer. La porte n'était pas verrouillée.

Le personnel a confirmé que cette porte n'était pas verrouillée comme il est requis, car le système de contrôle d'accès aux portes avait été mis en mode « contournement ». Le personnel a ajusté le système de contrôle d'accès aux portes et a verrouillé la porte.

Quand les portes menant à l'extérieur du foyer n'étaient pas verrouillées, la sécurité des personnes résidentes risquait d'être compromise.

**Sources** : Observations et entretiens avec le personnel. [214]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 31 mai 2024

Problème de conformité n° 003 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 :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

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 des aires non résidentielles soient dotées de verrous, et à ce que les portes soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé**

Des observations de deux couloirs de service ont révélé la présence de plusieurs portes donnant sur des aires non résidentielles qui étaient ouvertes et non supervisées. Les portes étaient fermées sans mécanisme de verrouillage ou fermées sans être verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Lorsque les portes donnant sur des aires non résidentielles n'étaient pas dotées de verrous ou n'étaient pas gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel, la sécurité des personnes résidentes risquait d'être compromise.

L'inspectrice a effectué des observations de suivi au cours de l'inspection. Des correctifs ont été apportés à toutes les portes le 4 juin 2024 ou avant.

**Sources :** Observations des portes et entretiens avec le personnel. [214]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** 4 juin 2024

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

**Non-respect : de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Substances dangereuses

Article 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances dangereuses du foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Justification et résumé**

Un placard sans verrou d'une aire résidentielle renfermait une bouteille de nettoyeur désinfectant, une substance dangereuse.

Le personnel a confirmé que le désinfectant était une substance dangereuse et était rangé dans une aire accessible aux personnes résidentes. Le personnel a retiré le produit sur-le-champ.

Quand des substances dangereuses étaient à la portée des personnes résidentes, il y avait un risque d'effets néfastes pour leur santé et leur bien-être.

**Sources :** Observations et entretiens avec le personnel. [214]

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective :** 30 mai 2024

**AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins**

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 43 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins  
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour la réalisation du sondage.

**Justification et résumé**

En 2024, le titulaire de permis a révisé les questions posées dans son sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins et a utilisé une plateforme électronique précise pour la réalisation du sondage.

Le personnel a confirmé qu'on n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles lors de la révision du sondage.

Il y avait un risque que des questions revêtant de l'importance pour le conseil des résidents et le conseil des familles n'aient pas été incluses dans le sondage lorsqu'on a omis de demander conseil à ces derniers.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Sources :** Examen du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins et des procès-verbaux de réunions du conseil des résidents et du conseil des familles; entretien avec le personnel. [168]

**AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des résidents**

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

**Non-respect : du paragraphe 63 (3) de la *LRSLD* (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre au conseil des résidents par écrit dans un délai de dix jours lorsque celui-ci l'a informé de préoccupations ou de recommandations.

**Justification et résumé**

Les procès-verbaux de réunions du conseil des résidents examinés comprenaient des exemples où des membres faisaient part de préoccupations ou de recommandations. Une réponse écrite n'a pas été fournie dans un délai de dix jours. Le personnel a indiqué que lorsque des questions étaient soulevées, il y avait une discussion pour déterminer si un formulaire de plainte officielle était requis. Il a aussi mentionné que certains commentaires étaient gérés comme s'il s'agissait de « rappels » au personnel, avec l'aide des membres. Les rappels n'incluaient pas une réponse écrite au conseil.

L'omission de fournir une réponse écrite aux préoccupations ou aux recommandations du conseil des résidents dans un délai de dix jours a mené à des dossiers incomplets et a entraîné un risque que les questions ne soient pas traitées ou que les réponses soient mal comprises.

**Sources :** Examen des procès-verbaux de réunions du conseil des résidents, entretiens avec un représentant du conseil des résidents et le personnel. [168]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

## **AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des familles**

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 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 au conseil des familles par écrit dans un délai de dix jours lorsque celui-ci l'a informé de préoccupations ou de recommandations.

### **Justification et résumé**

Les procès-verbaux de réunions du conseil des familles ont révélé qu'on ne répondait pas toujours aux préoccupations et aux recommandations par écrit dans un délai de dix jours.

L'omission de répondre par écrit aux préoccupations ou aux recommandations du conseil des familles entraînait un risque que les questions ne soient pas traitées ou que les réponses soient mal comprises.

**Sources :** Examen des procès-verbaux de réunions du conseil des familles, entretien avec le personnel. [168]

## **AVIS ÉCRIT : Recyclage**

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

### **Non-respect : du paragraphe 82 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel du foyer de soins de longue durée reçoive une séance de recyclage sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Justification et résumé**

Conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ontario 246/22, l'intervalle pour l'application du paragraphe 82 (4) de la Loi était annuel.

Le foyer a donné une séance annuelle de recyclage qui portait notamment sur sa politique en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes.

Le personnel a confirmé qu'au moment de l'inspection, les dossiers démontraient que les membres du personnel n'avaient pas tous reçu le recyclage en 2023. Quand les membres du personnel ne reçoivent pas tous le recyclage sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents du foyer, il y a un risque qu'ils ne se souviennent pas de tous les aspects de politique. Cela peut entraîner un non-respect de la politique.

**Sources :** Examen des registres de la formation sur les mauvais traitements et la négligence de 2023, entretiens avec le personnel. [214]

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

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

**Non-respect : du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température devant être mesurée en application du paragraphe (2) soit consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

**Justification et résumé**

Le paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22 incluait l'exigence de mesurer les températures de l'air dans une aire résidentielle commune à chaque étage du foyer.

Le foyer Maple Park Lodge avait des sections accessibles aux personnes résidentes à la fois au rez-de-chaussée et au premier étage.



**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

i. Le registre interne des températures indiquait que le personnel devait prendre les températures dans deux chambres à coucher de personnes résidentes et une aire commune le matin, l'après-midi et chaque soir, et les consigner.

Le registre n'indiquait pas que le personnel devait prendre les températures trois fois par jour dans une aire commune aux deux étages du foyer, et les consigner.

Les températures n'étaient pas prises dans la salle commune aux deux étages trois fois par jour comme il était requis.

ii. Les registres internes des températures indiquaient que les températures n'étaient pas toujours consignées chaque après-midi ou chaque soir.

Si les températures n'étaient pas prises comme requis, il y avait un risque que le personnel du foyer ne sache pas que des personnes résidentes étaient exposées à une maladie liée à la chaleur ou à un risque de retard dans les interventions.

**Sources** : Examen des registres internes des températures de mai 2024, entretiens avec le personnel. [168]

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

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

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 veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, soit mise en œuvre.

### **Justification et résumé**

La Norme de PCI, à la section 5.6, indiquait que le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des procédures soient en place pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces au moyen d'une approche de stratification des risques.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Les Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition, du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses indiquaient les pratiques exemplaires de nettoyage pour les zones de soins des personnes résidentes faisant appel à une approche fondée sur les risques. Des services d'entretien ménager étaient fournis dans le cadre d'un contrat de service établissant ses propres politiques et procédures. Les procédures de nettoyage de l'entreprise indiquaient, pour plusieurs aires du foyer, que les procédures en place pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection ne faisaient pas appel à une approche de stratification des risques. Le personnel a confirmé que les procédures de nettoyage et de désinfection n'incluaient pas l'utilisation d'une approche de stratification des risques pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces. L'omission d'inclure une approche fondée sur les risques dans les procédures de nettoyage et de désinfection du foyer pouvait rendre difficile la détermination de la fréquence requise du nettoyage et de la désinfection des surfaces pour la réduction de la transmission potentielle de maladies.

**Sources :** Examen des procédures de nettoyage de l'entreprise engagée par contrat (revue/révisée en octobre 2022), entretiens avec le personnel. [214]

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

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

**Non-respect : du paragraphe 102 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (10).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9), portant sur la surveillance des symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes, soient examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et d'éclosions.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Justification et résumé**

Le personnel n'a pas été en mesure de fournir des documents relevant les symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes. Les renseignements sur les symptômes n'étaient pas examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances. Le personnel a confirmé que l'examen mensuel n'était pas effectué.

En n'examinant pas les symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes au moins une fois par mois, il y avait un risque potentiel qu'on ne décèle pas les tendances permettant de réduire ou de prévenir les futurs symptômes d'infections chez les personnes résidentes, de même que les éclosions.

**Sources :** Entretiens avec le personnel. [214]

**AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments**

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

**Non-respect : de l'alinéa 147 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments  
Paragraphe 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) les mesures correctrices nécessaires sont prises;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures correctives nécessaires soient prises initialement pour un incident lié à des médicaments.

**Justification et résumé**

Un incident lié à des médicaments est survenu.

L'incident a été signalé immédiatement et la personne résidente a été évaluée.

Toutefois, on n'a pas pris de mesure corrective initialement.

En omettant d'appliquer des mesures correctives en temps opportun, il y avait un risque d'erreurs supplémentaires.

**Sources :** Examen des dossiers cliniques d'une personne résidente, rapport d'incident lié à des médicaments, notes d'enquête et entretien avec le personnel. [168]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

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

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

### **Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

4. Une description écrite du processus pour surveiller et mesurer les progrès relatifs aux domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pour le prochain exercice, recenser et mettre en œuvre les rajustements, et communiquer les résultats.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son rapport publié sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité inclue une description d'un processus pour surveiller et mesurer les progrès relatifs aux domaines prioritaires pour l'exercice suivant, recenser et mettre en œuvre les rajustements et communiquer les résultats.

### **Justification et résumé**

Le rapport détaillé du plan d'amélioration de la qualité du foyer Maple Park Lodge a été publié sur le site Web du foyer, comme c'est le cas pour son rapport sur l'amélioration constante de la qualité.

Le rapport ne comprenait pas les renseignements requis énoncés à l'alinéa 168 (2) 4 du Règl. de l'Ontario 246/22 portant sur le programme de la qualité du foyer.

Le personnel a confirmé que ces renseignements ne figuraient pas dans le rapport publié ou ailleurs sur le site Web du foyer.

**Sources :** Site Web et rapport détaillé du plan d'amélioration de la qualité du foyer Maple Park Lodge (avril 2024), entretien avec le personnel. [168]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

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

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

### **Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 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 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 son rapport publié sur son initiative d'amélioration constante de la qualité inclue la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué, les résultats du sondage et la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués aux personnes résidentes et leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel.

### **Justification et résumé**

Le rapport détaillé du plan d'amélioration de la qualité du foyer Maple Park Lodge a été publié sur le site Web du foyer, comme c'est le cas pour son rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

Le rapport ne comprenait pas les renseignements requis énoncés à l'alinéa 168 (2) 5 du Règl. de l'Ontario 246/22 portant sur le sondage du foyer.

Le personnel a confirmé que les renseignements ne figuraient pas dans le rapport publié ou ailleurs sur le site Web du foyer.

**Sources :** Consultation du site Web et du rapport détaillé du plan d'amélioration de la qualité du foyer Maple Park Lodge (avril 2024), entretien avec le personnel. [168]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

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

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

### **Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 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 son rapport sur l'amélioration constante de la qualité publié inclue un relevé écrit des dates auxquelles les mesures ont été prises; des résultats des mesures prises pour améliorer le foyer et les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis compte tenu des résultats du sondage effectué en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi; des autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice; des dates auxquelles les mesures ont été prises et des résultats; du rôle du conseil des résidents et du conseil des familles dans les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii; et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel.

**Justification et résumé**

Le site Web du foyer Maple Park Lodge comprenait le *Plan d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé de l'Ontario* du foyer.

Le rapport ne comprenait pas les renseignements requis énoncés à l'alinéa 168 (2) 6 du Règl. de l'Ontario 246/22 portant sur le programme de la qualité du foyer.

Le personnel a confirmé que les renseignements ne figuraient pas dans le rapport publié ou ailleurs sur le site Web du foyer.

**Sources :** Consultation du site Web du foyer Maple Park Lodge, dont le plan de travail du plan d'amélioration de la qualité; entretien avec le personnel. [168]

**AVIS ÉCRIT : Formation et orientation**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 259 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de PCI exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne les signes et symptômes des maladies infectieuses.

**Justification et résumé**

Un examen de la formation en matière de PCI de 2023 et de ses registres indiquait que les documents et les registres n'incluaient pas les signes et les symptômes des maladies infectieuses. Cela a été confirmé par le personnel.

Ne pas inclure les signes et les symptômes de maladies infectieuses dans la formation du personnel pouvait entraîner un retard dans l'identification des infections potentielles visant à prendre des mesures en temps opportun pour assurer le bien-être des personnes résidentes et prévenir la propagation.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Sources :** Examen du plan du cours sur la PCI donné par le foyer en 2023 avec le logiciel Surge Learning; examen des registres de formation du personnel de 2023; entretiens avec le personnel. [214]

## AVIS ÉCRIT : Formation et orientation

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 259 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

d) l'étiquette respiratoire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de PCI exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne l'étiquette respiratoire.

**Justification et résumé**

Un examen de la formation en matière de PCI de 2023 du foyer et de ses registres indiquait que les documents et les registres n'incluaient pas l'étiquette respiratoire. Cela a été confirmé par le personnel.

Ne pas inclure l'étiquette respiratoire dans la formation du personnel pouvait entraîner un risque accru de transmission de maladies infectieuses.

**Sources :** Examen du plan du cours sur la PCI donné par le foyer en 2023 avec le logiciel Surge Learning; examen des registres de formation du personnel de 2023; entretiens avec le personnel. [214]