

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 8 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1408-0003	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Markhaven, Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Markhaven, Markham	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 20 et du 23 au 26 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel
- Une demande liée à une plainte portant sur le conseil des familles et le programme d'amélioration de la qualité
- Une demande liée à une plainte portant sur le programme d'amélioration continue de la qualité, les activités récréatives et le conseil des familles.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Une demande liée à une plainte portant sur le conseil des familles
- Une demande liée à un deuxième suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 007, de l'inspection n° 2024-1408-0002, en vertu de la *LRSLD* (2021), de la disposition 2 du paragraphe 102 (15) du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 12 juillet 2024
- Une demande liée à un deuxième suivi de l'OC n° 001, de l'inspection n° 2024-1408-0002, en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021), dont la date d'échéance de mise en conformité était le 28 juin 2024
- Une demande liée à un deuxième suivi de l'OC n° 002, de l'inspection n° 2024-1408-0002, en vertu du paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 5 juillet 2024
- Une demande liée à un deuxième suivi de l'OC n° 004, de l'inspection n° 2024-1408-0002, en vertu de l'article 44 du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 12 juillet 2024
- Une demande liée à un deuxième suivi de l'OC n° 006, de l'inspection n° 2024-1408-0002, en vertu de la *LRSLD* (2021), de l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 12 juillet 2024
- Une demande liée à de la négligence envers une personne résidente
- Une demande liée à une plainte portant sur le conseil des familles.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 007 de l'inspection n°2024-1408-0001 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 102 (15) 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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ordre n° 001 de l'inspection n°2024-1408-0001 en vertu du paragraphe 24 (1) de la
LRSLD (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection n°2024-1408-0001 en vertu du paragraphe 140 (1) du
Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1408-0001 en vertu de l'article 44 du Règl. de
l'Ont. 246/22

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1408-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) 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-Est

33, rue King Ouest, 4^e 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
- Conseils des résidents et des familles
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Amélioration de la qualité
- Activités récréatives et sociales
- Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : PARTICIPATION DU RÉSIDENT

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente, si elle en a un, et toute autre personne désignée par la personne résidente ou le mandataire spécial aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique (RIC) en lien avec l'examen d'une plainte. Le foyer a reçu une plainte selon laquelle une personne résidente n'avait pas reçu le traitement prescrit et que son mandataire spécial n'avait pas été informé de la situation.

L'examen des dossiers médicaux d'une personne résidente a révélé qu'un traitement lui avait été prescrit. La personne résidente a reçu le traitement initial, mais pas de traitements ultérieurs, et son mandataire spécial n'en a pas été informé.

Dans les notes d'enquête du foyer sur l'incident, le personnel infirmier a déclaré qu'il n'avait pas informé le mandataire spécial que le traitement n'avait pas été administré. Un membre du personnel infirmier dit avoir fait un suivi de l'ordonnance auprès d'un partenaire externe et a confirmé qu'elle n'avait pas été reçue. Le personnel infirmier n'a pas informé le mandataire spécial de cette ordonnance de traitement. La directrice des soins a déclaré qu'elle avait donné des conseils en temps voulu au personnel autorisé sur la nécessité d'informer la famille à propos des traitements manqués.

En n'informant pas le mandataire spécial de la personne résidente que le traitement n'avait pas été administré, celui-ci n'a pas pu participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec le personnel infirmier et la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : PROTECTION CONTRE CERTAINS CAS DE
CONTENTION**

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 34 (1) de la *LRSLD* (2021)

Protection contre certains cas de contention

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

5. Maîtrisé, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne soient pas maîtrisées, au moyen de verrous, de barrières ou d'autres appareils, pour les empêcher de sortir de leur chambre ou d'y entrer.

Justification et résumé

Il a été observé qu'un dispositif particulier, qui ne pouvait pas être facilement retiré, était en place pour une personne résidente.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente a révélé qu'il s'agissait d'un appareil d'aide personnelle.

Selon la politique du foyer en matière d'appareils d'aide personnelle, un appareil d'aide personnel peut limiter ou inhiber les mouvements et peut restreindre une personne résidente, mais il n'est pas considéré comme un moyen de contention si l'intention est d'aider la personne résidente dans le cadre des activités de la vie quotidienne.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Selon le coordonnateur de l'instrument d'aide aux personnes résidentes (RAI), le personnel infirmier et la directrice des soins, l'appareil était utilisé comme appareil d'aide personnel, mais ils ont reconnu qu'il n'aidait pas la personne résidente dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne et qu'il était utilisé à d'autres fins.

Lorsque le titulaire de permis a mis en place l'utilisation de cet appareil, cela a présenté un risque pour la sécurité de la personne résidente.

Sources : Observations, politique en matière d'appareil d'aide personnelle, dossiers médicaux de la personne résidente, entretien avec le coordonnateur RAI, le personnel infirmier et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 43 (5) a) de la *LRSLD* (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les résultats du sondage sont documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil en application du paragraphe (4);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le sondage à l'intention des personnes résidentes et de leur famille/fournisseur de soins soit documenté et mis à la disposition du conseil des familles.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Le directeur a reçu des plaintes portant sur la non-communication de renseignements au conseil des familles.

L'examen du rapport d'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer, des procès-verbaux du comité d'amélioration constante de la qualité et des procès-verbaux du conseil des familles ne mentionnait pas que les résultats du sondage à l'intention des personnes résidentes et de leur famille/fournisseur de soins et les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée avaient été documentés et mis à la disposition du conseil des familles pour obtenir son avis.

Les courriels envoyés par le conseil des familles ont montré qu'il avait demandé les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille et affirmait qu'ils n'avaient pas été fournis.

Les membres du conseil des familles ont indiqué qu'ils ne se souvenaient pas que le foyer ait fourni les résultats du sondage de satisfaction des personnes résidentes ou le plan d'action lié à celui-ci, réalisé à l'automne 2023.

La directrice des loisirs a mentionné que la directrice générale avait envoyé des courriels au conseil des familles et qu'elle aurait communiqué les résultats. La directrice générale a affirmé que la directrice des loisirs aurait dû communiquer les résultats et a reconnu qu'elle ne l'avait pas fait.

Le défaut de s'assurer que le sondage du foyer sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins soit communiqué aux membres du conseil des familles a présenté un risque que le conseil ne soit pas au courant des améliorations apportées au foyer, ce qui pourrait susciter des inquiétudes quant à son fonctionnement.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Plaintes soumises au directeur, rapports d'amélioration constante de la qualité, procès-verbaux des réunions du conseil des familles et du comité d'amélioration constante de la qualité; entretiens avec les auteurs des plaintes, la directrice des loisirs et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DU TITULAIRE DE PERMIS DE COLLABORER AVEC LES CONSEILS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 68 de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis de collaborer avec les conseils

Article 68. Le titulaire de permis collabore avec le conseil des résidents, le conseil des familles, l'adjoint au conseil des résidents et l'adjoint au conseil des familles et leur fournit les renseignements, notamment les renseignements financiers, et l'aide que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à collaborer avec le conseil des familles et à lui fournir les renseignements, notamment les renseignements financiers, que prévoient les règlements.

Justification et résumé

Le directeur a reçu de nombreuses plaintes de membres du conseil des familles qui s'inquiétaient du fait que le foyer ne fournissait pas les renseignements demandés.

Un membre du conseil a transmis des courriels exprimant des préoccupations sur le fait que les renseignements financiers, les résultats du sondage sur la satisfaction

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

des personnes résidentes et les renseignements sur les activités récréatives n'avaient pas été fournis au conseil des familles.

La directrice générale a répondu au conseil des familles, mais n'a pas fourni les renseignements demandés.

L'examen des procès-verbaux du conseil des familles pour l'année écoulée n'a révélé aucun renseignement financier ni les résultats du sondage à l'intention des personnes résidentes et de leur famille/fournisseur de soins.

L'ancien président du conseil des familles a indiqué qu'il avait démissionné de son poste en raison de sa frustration face aux réponses du foyer et à son manque de transparence en ne fournissant pas les renseignements demandés. Le directeur a reçu trois autres plaintes portant sur les interactions du titulaire de permis avec le conseil des familles et l'absence de réponse aux demandes de renseignements.

La directrice générale a reconnu que le titulaire de permis devait fournir des renseignements financiers et qu'ils avaient été fournis lors d'une réunion du conseil des familles.

La directrice générale a affirmé que le foyer envoie habituellement les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille/fournisseur de soins au conseil des familles et a reconnu que les résultats de l'an dernier n'avaient pas été transmis.

Le manque de coopération pour fournir au conseil des familles les renseignements financiers et les autres renseignements, comme le prévoit le règlement, a entraîné une frustration des membres du conseil des familles face au manque de transparence 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Plaintes, procès-verbaux du conseil des familles, courriels, entretiens avec les membres du conseil des familles et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

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

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

Affichage des renseignements

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

l) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée;

Le titulaire de permis a omis d'afficher des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée dans un endroit bien en vue et facile d'accès.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur le défaut du foyer de fournir des renseignements au conseil des familles.

Lors d'une première visite du foyer, il a été constaté qu'un seul rapport d'inspection figurait dans un classeur sous un onglet intitulé Rapports d'inspection. Les observations suivantes dans le foyer n'ont pas permis de trouver d'autres rapports d'inspection.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les membres du conseil des familles ont indiqué que le foyer ne leur fournissait pas les rapports d'inspection avant qu'ils ne les demandent, et que le rapport d'inspection le plus récent n'était pas publié dans le foyer.

La directrice des soins et la directrice générale ont expliqué que seul le rapport d'inspection le plus récent était affiché dans le foyer et ont reconnu qu'elles n'étaient pas au courant de l'exigence du directeur de publier les rapports d'inspection des deux dernières années.

Le fait de ne pas publier les renseignements requis dans le foyer a entraîné la frustration du conseil des familles face à la transparence du foyer en matière de partage des renseignements.

Sources : Plainte, observations, entretiens avec les membres du conseil des familles, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS ET ALTERCATIONS

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'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour réduire au minimum les risques d'altercations en raison des comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC en lien avec une altercation entre une personne résidente et une personne préposée aux services de soutien personnel. Au cours de cet incident, la personne résidente a manifesté des comportements réactifs et a subi une blessure. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquent qu'elle a fait une chute et qu'elle s'est blessée.

Un comportement déclencheur particulier pour la personne résidente a été consigné dans son dossier de santé. D'autres dossiers médicaux mentionnaient qu'une intervention visant à agir sur les comportements de la personne résidente était en place, mais ne tenait pas compte de ce comportement déclencheur connu.

Le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) et le coordonnateur de l'instrument d'aide aux personnes résidentes ont reconnu que ce comportement déclencheur chez la personne résidente était connu.

La directrice des soins a affirmé qu'il fallait mettre en place une intervention particulière pour assurer la sécurité de la personne résidente. Elle a reconnu qu'il fallait éviter les comportements déclencheurs et que la mise en œuvre de l'intervention particulière au mépris du comportement déclencheur connu posait un risque pour la sécurité de la personne résidente et du personnel.

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La directrice générale a reconnu que ce comportement déclencheur doit être documenté et communiqué au personnel.

Le fait de ne pas avoir élaboré et mis en œuvre des interventions pour les comportements de la personne résidente a mené à une altercation avec le personnel qui a entraîné une blessure.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, entretien avec le responsable du Projet OSTC, le coordonnateur de l'instrument d'aide aux personnes résidentes, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 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 soit composé de tous les responsables désignés du foyer.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur le programme d'amélioration de la qualité 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un examen des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité et de son mandat a révélé que les responsables désignés ne participaient pas aux réunions du comité.

La directrice des loisirs a mentionné qu'elle n'était pas membre de ce comité.

La directrice des soins et la directrice générale ont reconnu que les responsables désignés des programmes, des services alimentaires et des services environnementaux n'étaient pas membres du comité d'amélioration constante de la qualité.

En ne veillant pas à ce que tous les responsables désignés du foyer participent au comité d'amélioration constante de la qualité, cela pose un risque que les initiatives d'amélioration de la qualité ne mobilisent pas tous les services du foyer.

Sources : Procès-verbaux de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer et mandat, entretiens avec la directrice des soins et le directeur général.

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

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

Non-respect : du paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à publier une copie du rapport d'amélioration constante de la qualité sur son site Web au plus tard trois mois après la fin de l'exercice.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur la non-communication de renseignements au conseil des familles du foyer.

Un examen du site Web du foyer a révélé qu'un rapport d'un autre foyer y était affiché.

La directrice des soins et la directrice générale ont indiqué que le mauvais rapport avait été publié sur le site Web du foyer, et elles ont reconnu que leur rapport d'amélioration constante de la qualité n'avait pas été mis en ligne dans les délais prescrits.

Le défaut de s'assurer que le rapport d'amélioration constante de la qualité du foyer soit affiché sur le site Web du foyer, comme cela était requis, est un manque de transparence dans la prestation du programme d'amélioration de la qualité du foyer.

Sources : Site Web du foyer, rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, entretiens avec la directrice générale et la directrice des soins.

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500 \$ à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Les frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les soins de longue durée*.

Déjà délivré pour la réinspection de cinq ordres de conformité (OC). Les OC ont d'abord été émis dans l'espace de travail 2024-1408-0001. Les OC n'ont pas été respectés dans le cadre de la première inspection de suivi de l'espace de travail 2024-1408-0002.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer les frais de réinspection à partir d'une enveloppe de financement des soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels; Services des programmes et de soutien; et Aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il utilise des fonds ne provenant pas d'une enveloppe de financement des soins aux résidents pour payer les frais de réinspection.