

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 28 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1112-0005

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest Manor, Lucknow

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 16 et du 19 au 21 août 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00121339 – 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
Conseils des résidents et des familles
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes de dotation, de formation et de soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

RÉSULTATS 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 la disposition 2 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 :

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte de la salle de loisirs donnant sur une aire sécuritaire à l'extérieur empêchant les personnes résidentes de sortir soit dotée d'un verrou pour empêcher l'accès non supervisé à cette aire par ces dernières.

Justification et résumé

Un membre du personnel a montré à une inspectrice ou un inspecteur que la porte de la salle de loisirs pouvait être verrouillée et déverrouillée à partir de l'intérieur en déverrouillant le verrou actionné par le pouce. Les personnes résidentes pouvaient verrouiller et déverrouiller la porte par elles-mêmes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

À un jour ultérieur de l'inspection, le verrou actionné par le pouce a été remplacé par un cadenas. Les clés étaient gardées par les infirmières et les gestionnaires.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec le gestionnaire des services environnementaux, la directrice générale et d'autres membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 août 2024

AVIS ÉCRIT : Conseils

Problème de conformité n° 002 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 demandé conseil au conseil des résidents pour la réalisation du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins.

Justification et résumé

Le siège social du foyer de soins de longue durée (FSLD) Pinecrest Manor a créé le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023. Le FSLD n'a pas demandé conseil au conseil des résidents pour la réalisation du sondage.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Quand le conseil des résidents n'a pas l'occasion de conseiller le foyer pour la réalisation du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins, ses suggestions n'ont pas été intégrées.

Sources : Comptes rendus de réunions du conseil des résidents, entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Documentation

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) b) 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 :

b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises pour améliorer le FSLD et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis en fonction des résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins soient documentées et mises à la disposition du conseil des résidents.

Justification et résumé

D'après les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023, les améliorations possibles qui devaient être apportées comprenaient la qualité des soins fournis par les travailleurs

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

sociaux, la qualité des soins fournis par les médecins et la possibilité de fournir des suggestions pour les options d'aliments et de boissons. Les mesures prises par le foyer pour traiter ces possibilités d'amélioration n'ont pas été documentées dans le plan d'amélioration de la qualité de 2024-2025 du plan de travail du foyer et mises à la disposition du conseil des résidents.

Il y avait un risque que les membres du conseil des résidents ne soient pas au courant des mesures prises en fonction des résultats du sondage.

Sources : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023, plan d'amélioration de la qualité de 2024-2025 du plan de travail, entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Obligations du titulaire de permis en l'absence d'un conseil des familles

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'alinéa 65 (7) b) de la *LRSLD* (2021)

Conseil des familles

Paragraphe 65 (7) En l'absence d'un conseil des familles, le titulaire de permis fait ce qui suit :

b) il convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Le titulaire de permis n'a pas convoqué des réunions semestrielles pour informer les membres de la famille des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour les personnes résidentes de leur droit de constituer un conseil

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

des familles.

Justification et résumé

La directrice générale a mentionné qu'il n'y avait pas de conseil des familles au foyer.

La directrice générale a mentionné que, généralement, le foyer convoquait une réunion deux fois par année pour informer les membres de la famille des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour les personnes résidentes de leur droit de constituer un conseil des familles. La directrice générale a fait observer que cette réunion n'avait été tenue qu'une fois en 2023.

Sources : Affiche de la séance d'information du conseil des familles du 12 septembre 2023, entretien avec la directrice générale

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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 12 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Justification et résumé

Le foyer avait deux portes qui mènent à une cour arrière sécurisée. Ces portes étaient laissées déverrouillées entre certaines heures du jour afin que les personnes résidentes puissent accéder à la cour arrière à leur gré.

La politique de sécurisation des portes du foyer ne comportait pas d'indications sur les moments où ces deux portes devaient être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher l'accès non supervisé à la cour arrière sécurisée par les personnes résidentes.

En n'ayant pas de politique écrite, il y avait un risque d'incohérences dans la manière dont les membres du personnel gèrent ces portes.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; politique de sécurisation des portes n° CARE10-O10.07 révisée le 31 mars 2024; entretien avec la directrice générale

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Un examen des fiches de suivi des températures de l'air de deux mois de 2024 a révélé qu'on n'avait pas maintenu une température minimale de 22 degrés Celsius durant plusieurs jours dans trois chambres de personnes résidentes et dans la salle à manger du foyer. Les températures enregistrées allaient de 18 à 21 degrés Celsius.

Quand les températures de l'air n'étaient pas maintenues à au moins 22 degrés Celsius, il y avait un risque d'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Fiches de suivi des températures de l'air de deux mois de 2024; entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect : de l'alinéa 77 (1) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer réponde aux critères suivants :

e) il comprend un choix d'autres mets principaux et de plats d'accompagnement disponibles aux trois repas et un choix d'autres desserts au déjeuner et au dîner pour répondre aux besoins particuliers ou aux préférences alimentaires des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle des menus du printemps et de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

l'été de 2024 comprenne un autre choix pour tous les mets principaux et tous les plats d'accompagnement.

Justification et résumé

Le 27 mai 2024, le cycle des menus de base du printemps et de l'été de 2024 est entré en vigueur au foyer.

Lors de l'inspection, une personne résidente a fait part de sa frustration vis-à-vis de la répétition des plats d'accompagnement offerts dans le menu, notamment pour les repas du dîner. Une autre personne résidente a dit qu'elle avait reçu plusieurs repas du menu récent où il y avait une seule option pour le plat d'accompagnement, comme des salades ou des pommes de terre.

Dans le cycle des menus à textures régulières du printemps et de l'été de 2024, il y avait sept repas comportant un seul choix pour les plats d'accompagnement. C'était notamment le cas des plats de pommes de terre et de salade.

Quand le cycle des menus ne comprenait pas une autre option pour les plats d'accompagnement de tous les repas, les personnes résidentes n'avaient pas la possibilité de choisir leurs repas préférés.

Sources : Entretiens avec les personnes résidentes, ainsi qu'avec le chef des services alimentaires et d'autres membres du personnel du foyer; registres, dont le cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 du foyer.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 77 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

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

a) soit examiné par le conseil des résidents du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 soit passé en revue avec le conseil des résidents avant son entrée en vigueur.

Justification et résumé

Le foyer a reçu le cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 le 2 avril 2024.

Le menu n'a pas été passé en revue avec le conseil des résidents du foyer avant son entrée en vigueur le 27 mai 2024.

Quand le conseil des résidents n'a pas eu la possibilité de passer en revue le menu du printemps et de l'été de 2024 avant son entrée en vigueur, les préférences des personnes résidentes n'ont pas été prises en compte de façon proactive dans le menu.

Sources : Entretien avec un membre du conseil des résidents, ainsi qu'avec le chef des services alimentaires et d'autres membres du personnel du foyer; registres, dont les comptes rendus de réunions du conseil des résidents du foyer.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

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 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**Planification des menus**

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation du cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 du foyer soit consignée dans un dossier conformément au règlement.

Justification et résumé

Au moment de l'inspection, le chef des services alimentaires du foyer a signalé que le processus d'évaluation du cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 auquel il a participé n'avait pas été consigné dans un dossier. Également, on n'a pas consigné la date de son évaluation et le résumé des changements apportés.

Quand l'évaluation du cycle des menus n'était pas consignée dans un dossier complet, il était plus difficile pour le service de diététique de travailler ensemble et de passer en revue efficacement la planification des menus.

Sources : Entretien avec le chef des services alimentaires et d'autres membres du personnel; registres, dont les documents d'évaluation du cycle des menus du printemps et de l'été de 2024 du foyer.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

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

Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque collation.

Justification et résumé

À une date de l'inspection, on a observé que les chariots à collations de l'après-midi des deux ailes du foyer ne renfermaient pas les choix indiqués au menu planifié.

A) On a observé que ni les chariots à collations de l'après-midi de l'aile nord ni ceux de l'aile est ne renfermaient un assortiment de fruits frais, comme il était indiqué sur le menu des collations pour cette date.

Le proposé ou la préposée aux services d'alimentation qui a préparé le chariot à collations a dit qu'il/elle n'avait pas mis de fruits dans les deux chariots parce que la commande d'épicerie n'était pas rentrée.

Le chef des services alimentaires du foyer a dit qu'il y avait des fruits assortis dans le réfrigérateur à cette date. Le proposé ou la préposée aux services d'alimentation aurait dû mettre ces fruits dans les chariots à collations pour faire en sorte que les collations indiquées au menu planifié soient offertes aux personnes résidentes.

B) Une intervention pour des textures de régime a été réalisée pour

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

cinq personnes résidentes des ailes nord et est du foyer.

Aucun des deux chariots à collations de l'après-midi ne renfermait de collations pour cette texture de régime, tel qu'il était indiqué dans le menu thérapeutique pour cette journée.

Le proposé ou la préposée aux services d'alimentation qui a préparé le chariot à collations a dit qu'il/elle avait oublié de mettre ces collations dans les chariots de l'après-midi ce jour-là, parce que la cuisine s'affairait alors à recevoir une commande d'épicerie.

Le chef des services alimentaires du foyer a dit que le proposé ou la préposée aux services d'alimentation aurait dû mettre les collations à texture modifiée dans le chariot conformément au menu planifié.

Quand il n'y avait pas les collations dans le chariot à collations conformément au menu planifié pour le service des collations de l'après-midi, plusieurs personnes résidentes étaient privées de collation.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; menus de collations; entretiens avec le chef des services alimentaires du foyer et un proposé ou une préposée aux services d'alimentation.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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 4 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les préposés au service d'alimentation soient au courant de l'intervention diététique effectuée pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller au respect de tout plan, toute politique, tout protocole, tout programme, toute procédure, toute stratégie, toute initiative ou tout système.

Conformément à la politique relative aux services de repas CARE17-P40, révisée la dernière fois le 31 mars 2024, le personnel devait être attentif aux besoins des personnes résidentes durant le service du repas. Il devait notamment connaître leur régime, leurs besoins particuliers et leurs préférences.

Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin d'une intervention diététique afin que son apport nutritif augmente plus facilement.

Plusieurs semaines après l'ajout de l'intervention diététique au programme de soins de la personne résidente, deux préposés au service d'alimentation réguliers ont dit qu'ils ne s'étaient pas rendu compte qu'une mise à jour avait été effectuée. Ils ont mentionné qu'ils n'avaient pas effectué d'intervention diététique pour la personne résidente. Ils ont constaté que le système utilisé par le foyer pour communiquer la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

mise à jour renfermait bel et bien le message sur la mise à jour apportée aux besoins diététiques de la personne résidente, mais ils ne s'en sont pas rendu compte à ce moment.

Quand la personne résidente n'a pas eu ses interventions diététiques durant plusieurs semaines, elle n'a pas eu d'intervention nutritionnelle prescrite afin de faciliter la gestion de son risque nutritionnel.

Sources : Entretiens avec le mandataire d'une personne résidente, ainsi qu'avec les préposés au service d'alimentation et d'autres membres du personnel; dossiers cliniques d'une personne résidente; politique relative aux services de repas CARE17-P40, révisée la dernière fois le 31 mars 2024.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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 11 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (7).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes et protocoles délivrés par

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient mis en œuvre.

Conformément au point c) de la section 10.2 de la Norme de PCI pour les FSLD, révisée la dernière fois en septembre 2023, le programme d'hygiène des mains du foyer doit inclure une aide aux personnes résidentes pour l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

Justification et résumé

À trois journées distinctes pendant l'inspection, on a observé des préposés au service d'alimentation qui n'offraient pas d'aide aux personnes résidentes pour l'hygiène des mains alors que celles-ci recevaient des collations servies avec les doigts.

Les procédures d'hygiène des mains du foyer (politique n° IPC2-O10.14) exigeaient du personnel qu'il aide les personnes résidentes avec l'hygiène des mains avant les collations.

En n'offrant pas d'aide aux personnes résidentes pour l'hygiène des mains avant que celles-ci mangent des aliments avec les doigts lors du service de collation de l'après-midi, il y avait un risque accru de transmission d'infections.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec les préposés au service d'alimentation; politique d'hygiène des mains des personnes résidentes (politique n° IPC2-O10.14), révisée la dernière fois le 31 mars 2024.

**AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'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-Ouest

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

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 sous-disposition 5 iii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,

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

Justification et résumé

La directrice générale a mentionné que les résultats du sondage avaient été communiqués aux membres du personnel pendant les rencontres en petits groupes.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprend ni les renseignements ci-dessus ni les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués aux membres du personnel du foyer.

Sources : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023; plan d'amélioration de la qualité de 2024; plan d'amélioration de la qualité de 2024-2025 du plan de travail; entretien avec la directrice générale.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'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 sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit des mesures prises pour améliorer le FSLD 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.

Justification et résumé

D'après le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023, les améliorations possibles qui devaient être apportées comprenaient la qualité des soins fournis par les travailleurs sociaux, la qualité des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

soins fournis par les médecins et la possibilité de fournir des suggestions pour les options d'aliments et de boissons. Le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprenait pas de relevé écrit des mesures prises par le foyer pour améliorer ces éléments.

Quand le foyer ne conservait pas de relevé indiquant les mesures prises ainsi que les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et leurs résultats, l'état des plans d'action et des objectifs du foyer n'était pas clair.

Sources : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023; plan d'amélioration de la qualité de 2024; plan d'amélioration de la qualité de 2024-2025 du plan de travail; entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'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 sous-disposition 6 v 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 :

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.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions 6 i et ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22 ont été communiquées aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

La directrice générale a mentionné que les mesures prises en vertu des sous-dispositions 6 i et ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22 avaient été communiquées aux membres du personnel pendant les rencontres en petits groupes et pendant le processus de planification stratégique.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne comprend ni les renseignements ci-dessus ni la date à laquelle les mesures prises par le foyer ont été communiquées aux membres du personnel du foyer.

Sources : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins de 2023; plan d'amélioration de la qualité du 2 avril 2024; plan d'amélioration de la qualité de 2024-2025 du plan de travail; entretien avec la directrice générale.