

**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

**Date d'émission du rapport :** 16 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1432-0005

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** 955464 Ontario Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Millennium Trail Manor, Niagara Falls

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 12, du 18 au 20, et les 23, 24, et 26 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00126097 – 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  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Conseils des résidents et des familles  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
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 de Hamilton**

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

Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur

## 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 l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé lorsque les besoins en matière de soins de cette personne ont évolué.

#### **Justification et résumé**

**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

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle préférait une activité de la vie quotidienne (AVQ) particulière. Les documents remplis par le personnel indiquaient que la personne résidente bénéficiait d'une autre AVQ particulière, et deux membres du personnel ont confirmé que la personne résidente préférait cette AVQ particulière à la place.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait également que le personnel devait utiliser un équipement particulier pour les soins. Lors de l'observation de la personne résidente pendant les soins à une date précise, la personne résidente a reçu des soins avec un équipement différent et le personnel a indiqué que l'équipement était utilisé pour toutes les AVQ indiquées de la personne résidente.

Un directeur adjoint des soins a reconnu que le programme de soins de la personne résidente devait être révisé pour tenir compte de ses préférences actuelles en matière d'AVQ et de l'utilisation de l'équipement indiqué. Le programme de soins a été mis à jour en conséquence avant la fin de l'inspection.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, y compris le programme de soins et le rapport d'enquête sur la documentation, liste des AVQ précisées, observations et entretiens avec le personnel. [740882]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : date précise

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

**Non-respect : de l'alinéa 23 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

**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

Paragraphe 23 (2) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum :

e) comprendre un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux résidents, au personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents du foyer, au conseil des familles du foyer, s'il y en a, et à d'autres personnes si cela est approprié. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 23 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, par. 3 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur comprenne un protocole pour communiquer de manière appropriée ce plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux visiteurs et aux bénévoles.

**Justification et résumé**

Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer n'incluait pas le protocole de communication de ce plan aux visiteurs et aux bénévoles. Le directeur des soins a expliqué que les protocoles de communication incluaient les bénévoles et les visiteurs, mais que cela ne figurait pas dans le plan. Au cours de l'inspection, le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer a été révisé et mis à jour avec le protocole de communication aux visiteurs et aux bénévoles et la date de mise en œuvre.

**Sources :** Politique en matière de prévention des maladies liées à la chaleur (*Preventing Heat – Related Illnesses Policy*), examen et mise en œuvre de la politique en matière de chaleur 2024 (*Heat Policy*), et entretien avec le directeur des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : date précise

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

**Non-respect : du paragraphe 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas consigné par écrit les dates du résumé des changements mis en œuvre dans le cadre de l'évaluation annuelle du plan de dotation en personnel du foyer.

**Justification et résumé**

L'évaluation du plan de dotation en personnel infirmier du foyer pour 2024 ne comportait pas de trace écrite des dates du résumé des changements mis en œuvre, ce que le directeur des soins a reconnu. Au cours de l'inspection, l'évaluation du plan de dotation annuel a été modifiée et comprend les dates de mise en œuvre des modifications apportées au plan de dotation de 2024.

**Sources :** Évaluation annuelle de la dotation en personnel infirmier de 2024 et entretien avec le directeur des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : date précise

**AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021).**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des personnes résidentes soient traitées avec courtoisie et respect et d'une manière qui tienne compte de leur dignité et de leur valeur inhérentes.

**Justification et résumé**

Au cours de l'inspection, des personnes résidentes ont fait part de leurs préoccupations concernant le fait que le personnel parle des langues autres que l'anglais devant les personnes résidentes, dans les salles à manger, les espaces communs et les couloirs. Les personnes résidentes ont indiqué qu'elles avaient l'impression que le personnel pouvait parler d'elles dans une autre langue.

À une date donnée, deux membres du personnel d'une unité donnée ont été observés en train de se parler dans une langue autre que l'anglais pendant qu'ils aidaient et soignaient plusieurs personnes résidentes. Aucune 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 de Hamilton**

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

n'a été observée en train de converser ou de parler la langue parlée par le personnel.

Le directeur des soins a reconnu que le personnel ne devait pas se parler dans une autre langue en présence des personnes résidentes et que les conversations dans une autre langue devaient être axées sur les personnes résidentes et les faire participer à la conversation pendant les soins.

Lorsque le personnel ne communiquait pas de manière appropriée pendant les soins aux personnes résidents, il y avait un risque que la dignité et la valeur inhérentes des personnes résidentes soient affectées, car ces dernières ne pouvaient pas comprendre ce qui était communiqué.

**Sources :** Observations, déclaration des droits des résidents, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et entretiens avec des personnes résidentes et le directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

### **Non-respect : de la disposition 18 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

18. Le résident a droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit à la vie privée d'une personne résidente dans le cadre de son traitement et de ses soins soit pleinement respecté et promu.

**Justification et résumé**

À une date donnée, un membre du personnel infirmier autorisé a été observé en train d'administrer un traitement donné à une personne résidente dans une aire commune. Des personnes résidentes, un visiteur et des membres du personnel étaient présents dans l'aire lors de l'observation du traitement.

Le directeur des soins a reconnu que les soins ou les traitements devaient être effectués dans la chambre de la personne résidente afin de préserver son intimité et qu'ils n'auraient pas dû être effectués dans une aire commune en présence de plusieurs personnes résidentes et d'un visiteur.

Le droit à des soins de qualité pour une personne résidente n'a pas été pleinement respecté et promu lorsque le personnel n'a pas respecté l'intimité pendant le traitement et les soins.

**Sources :** Observations, déclaration des droits des résidents et entretien avec le directeur des soins.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Documentation**

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021).**

Programme 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 de Hamilton**

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

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit documentée. Plus précisément, le foyer n'a pas veillé à ce que la documentation relative à un soin particulier prodigué à une personne résidente soit complétée.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait besoin d'un programme d'intervention précis. Une tâche dans PointClickCare (PCC) pour la personne résidente indiquait qu'elle devait bénéficier de l'intervention dans un délai précis. Il a été observé que la personne résidente avait bénéficié de l'intervention indiquée à la date précisée, mais qu'aucun document n'avait été consigné.

Le personnel de soins directs connaissait le calendrier d'intervention prévu et se référait au programme de soins des personnes résidentes en cas de besoin. Le rapport d'enquête sur la documentation pour un mois donné indique qu'aucun document n'a été établi pour l'intervention prévue. Le personnel infirmier autorisé a confirmé qu'il n'y avait pas de documentation pour la date du mois indiqué, car l'option de documentation pour la tâche n'était pas en place.

Un directeur adjoint des soins a reconnu qu'il ne pouvait pas confirmer que l'intervention indiquée avait été effectuée, car elle n'était pas documentée, mais que le personnel de soins directs avait accès au programme de soins et était au courant de l'intervention.

**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

Il y avait un risque que la personne résidente n'ait pas reçu l'intervention indiquée à la date prévue alors qu'aucune tâche n'était inscrite dans PCC.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente et rapport d'enquête sur la documentation, observations et entretiens avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Conseil des résidents – Obligation de répondre**

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 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 répondu par écrit dans les 10 jours suivant la réception des préoccupations et des recommandations du conseil des résidents concernant le fonctionnement du foyer.

**Justification et résumé**

Le personnel a indiqué que lorsque le conseil des résidents a une ou plusieurs préoccupations, un formulaire de préoccupations est rempli par l'assistant du conseil des résidents et soumis au membre approprié de l'équipe de direction au nom du conseil des résidents.

**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

Un entretien avec un membre du conseil des résidents a montré que même si les personnes résidentes ont le sentiment de pouvoir faire part de leurs préoccupations lors des réunions du conseil des résidents, ils n'obtiennent pas de réponse écrite sur ce qui a été fait pour répondre à leurs préoccupations.

L'examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents à des dates précises a permis de relever plusieurs questions, préoccupations et suggestions d'amélioration soulevées par le conseil des résidents; toutefois, les questions soulevées à ces dates n'ont pas fait l'objet d'un formulaire de préoccupations ni d'une réponse écrite soumise au conseil.

Le conseiller du conseil des résidents a reconnu que toutes les préoccupations exprimées n'avaient pas été officiellement transmises aux membres appropriés de l'équipe de direction et que toutes les préoccupations exprimées n'avaient pas fait l'objet d'une réponse écrite au conseil dans un délai de dix jours. Le conseiller du conseil des résidents a confirmé que les procès-verbaux des réunions étaient également soumis et examinés par l'administratrice du foyer.

En ne répondant pas par écrit au conseil des résidents pour répondre aux préoccupations exprimées par le conseil, le foyer risquait de ne pas traiter les problèmes et les préoccupations en temps voulu.

**Sources :** Entretiens avec une personne résidente et le personnel, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et formulaires de préoccupations du conseil des résidents.

**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 : Entretien ménager

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

### **Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Paragraphe 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les procédures de nettoyage et de désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes soient mises en œuvre conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

### **Justification et résumé**

Selon la politique du foyer en matière de nettoyage et de désinfection du matériel (*Cleaning and Disinfecting Equipment Policy*), le matériel de soins partagé par les personnes résidentes doit être soigneusement nettoyé et désinfecté entre chaque utilisation par les personnes résidentes afin de prévenir la propagation des infections.

**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

À une date précise, deux membres du personnel ont été observés en train d'utiliser un équipement particulier destiné aux soins des personnes résidentes. Les deux membres du personnel n'ont pas été observés en train de nettoyer et de désinfecter le matériel particulier avant et après les soins. Les deux membres du personnel ont reconnu que l'équipement en question devait être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation par une personne résidente et qu'ils n'avaient pas nettoyé ni désinfecté l'équipement après les soins prodigués à la personne résidente.

L'absence de mise en œuvre des procédures de nettoyage et de désinfection du foyer a entraîné un risque de transmission.

**Sources :** Observations, politique du foyer en matière de nettoyage et de désinfection du matériel (*Cleaning and Disinfecting Equipment Policy*) et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments**

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

**Non-respect : de la sous-disposition 2 i de l'article 139 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

2. Seuls ont accès à ces endroits :

i. les personnes, autres que les préposés aux services de soutien personnel, qui, au foyer, peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment en limitant l'accès à ces aires aux personnes, autres que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), qui peuvent distribuer, prescrire ou administrer des médicaments dans le foyer.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien à une date donnée, un membre du personnel infirmier autorisé a fait part de ses inquiétudes quant à l'accès des PSSP à une salle de médicaments donnée. La salle de médicaments contenait des médicaments particuliers dans le réfrigérateur et d'autres substances non contrôlées. Plus tard dans la journée, une PSSP a été observée en train d'accéder à la salle de médicaments en passant par la porte du poste de soins infirmiers. Le directeur des soins reconnaît que les salles de médicaments du foyer sont accessibles au personnel infirmier autorisé qui possède les clés et que ces dernières ne sont conservées que par l'infirmière désignée. Le directeur des soins a déclaré que les PSSP ne devaient pas avoir accès à la réserve de médicaments et à leur stockage. Le lendemain, la serrure de la porte de la salle de médicaments a été changée, ce qui a été confirmé par le personnel infirmier autorisé.

Le fait que l'accès à la salle des médicaments ne soit pas limité aux seules personnes concernées, comme le prévoit la législation, présente un risque d'utilisation abusive et de vol des médicaments des personnes résidentes.

**Sources :** Observations, politique en matière de salle de médicaments (*Medication Room Policy*), entretiens avec le personnel et le directeur des 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 de Hamilton**

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

## AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

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

**Non-respect : de la disposition 8 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 :

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins un employé du titulaire de permis embauché comme PSSP.

### Justification et résumé

L'examen des procès-verbaux des réunions du comité pour les 12 mois précédents n'a pas fait mention de l'implication, de la participation ou de la contribution des PSSP aux réunions.

L'administratrice du foyer a indiqué que le comité d'amélioration constante de la qualité n'était pas composé d'une PSSP qui travaillait au foyer.

Il y a un risque que la contribution du personnel de soins directs ne soit pas représentée ou prise en compte dans les initiatives d'amélioration constante de la

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

qualité du foyer, en l'absence de participation de PSSP au comité d'amélioration constante de la qualité.

**Sources :** Entretien avec l'administratrice/responsable de l'amélioration constante de la qualité, examen des procès-verbaux des réunions sur l'amélioration constante de la qualité et examen du mandat du comité de l'amélioration constante de la qualité du foyer.

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

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

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

- i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
- ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
- iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant 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 contienne un relevé écrit des dates auxquelles les sondages



**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

sur l'expérience des résidents et des familles/fournisseurs de soins ont été effectués, les résultats de ces sondages, ainsi que la méthode ou les dates auxquelles les résultats des sondages ont été communiqués au cours de l'exercice financier.

**Justification et résumé**

L'examen du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer a montré qu'il n'y avait pas de relevé écrit des renseignements requis dans le rapport, ce que l'administratrice a reconnu. Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité n'indiquait pas la date à laquelle les sondages sur l'expérience des résidents et des familles/fournisseurs de soins avaient été effectués, les résultats de ces sondages, ni la manière dont les résultats des sondages avaient été communiqués, ni les dates auxquelles ils l'avaient été.

Il existe un risque que les personnes résidentes, les familles et le personnel du foyer n'aient pas été pleinement conscients du calendrier des efforts déployés par le foyer en ce qui concerne le lancement ou la mise en œuvre des sondages sur l'expérience des résidents et des familles/fournisseurs de soins.

**Sources :** Rapports sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer, examen du site Web et entretien avec l'administratrice.

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

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

**Non-respect : de la sous-disposition 6 v du paragraphe 168 (2) 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 de Hamilton**

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité contienne un compte rendu écrit de la façon dont les mesures prises pour améliorer le foyer en fonction des résultats du sondage sur l'expérience des résidents et des familles/fournisseurs de soins ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer, ainsi que les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre.

**Justification et résumé**

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité 2024-2025 du foyer ne comprenait pas le relevé écrit des renseignements requis mentionnés ci-dessus, comme l'a reconnu l'administratrice.

**Sources :** Rapports sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer, examen du site Web et entretien avec l'administratrice.

**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 de Hamilton**

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

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

**Non-respect : du paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie du plus récent rapport sur l'amélioration constante de la qualité soit remise au conseil des résidents.

**Justification et résumé**

Un examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents a été effectué et la section relative au rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de tous les procès-verbaux ne mentionnait pas ou n'examinait pas le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité, et n'indiquait pas non plus qu'une copie avait été fournie.

L'administratrice et le directeur des services de ludothérapie ont reconnu qu'une copie de l'amélioration constante de la qualité n'avait pas été fournie au conseil des résidents lors des réunions du conseil.

Le foyer n'ayant pas fourni au conseil des résidents une copie du rapport le plus récent sur l'initiative d'assurance constante de la qualité, il y avait un risque que les personnes résidentes ne soient pas informées des domaines d'amélioration définis par le foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Hamilton**

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

**Sources :** Entretien avec l'administratrice et le directeur des services de ludothérapie, et examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles.