

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 4 février 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1473-0001**Type d'inspection :**
Inspection proactive de la conformité**Titulaire de permis :** Henley Place Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Henley Place, London**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 27, 28, 29, 30 et 31 janvier 2025 et 3 et 4 février 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00137649 – Inspection proactive de la conformité – 2025

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Soins de la peau et prévention des plaies
Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**Non-respect rectifié**Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du

paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 12(1)3 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 :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Lors de l'inspection proactive de la conformité, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que plusieurs portes donnant sur des aires non résidentielles dans diverses sections du foyer n'étaient pas verrouillées.

Lorsque le problème a été porté à leur attention, les responsables du foyer ont rapidement verrouillé ces portes. Les risques pour la sécurité des personnes résidentes étaient minimes.

Sources : Démarche d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 28 janvier 2025

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 6(9)1 de la LRSLD

Programme de soins

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 a omis de veiller à ce que soit documentée la prestation des soins prévus dans le programme de soins de trois personnes résidentes.

Les documents relatifs au bain de trois personnes résidentes indiquent qu'elles n'ont pas reçu de bain deux fois par semaine comme prévu en novembre 2024, décembre 2024 et janvier 2025. Aucun document n'indique si les bains ont été omis ou donnés.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers a déclaré que les bains ont été donnés, mais que cela n'a pas été consigné.

En ne documentant pas les soins, le titulaire de permis risquait de ne pas consigner les bains manqués, empêchant ainsi la mise en place de stratégies visant à résoudre les problèmes potentiels à l'origine de l'omission de donner ces bains.

Sources : Documentation sur les bains des personnes résidentes; rapports d'enquête; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 166(2)8 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 a omis de veiller à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité compte parmi ses membres un employé qui a été une personne préposée aux services de soutien personnel dans le foyer pendant au moins un an.

Sources : Procès-verbaux des réunions du comité professionnel consultatif et du comité d'assurance de la qualité; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.