

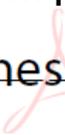
Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 6 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1549-0002	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : Corporation of the County of Simcoe	
Foyer de soins de longue durée et ville : Georgian Manor Home for the Aged, Penetanguishene	
Inspectrice principale Sylvie Byrnes (627)	Signature numérique de l'inspectrice  Sylvie Byrnes Digitally signed by Sylvie Byrnes Date: 2024.06.06 14:10:02 -04'00'
Autres inspectrices / autres inspecteurs Justin McAuliffe (000698) Jennifer Allen (706480)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 17 mai 2024

L'inspection concernait :

- Un registre en lien avec une inspection proactive de conformité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle 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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRS LD* (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 personnes résidentes et à leur

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

famille, aux Conseils des résidents et des familles et aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

L'administrateur a déclaré que les résultats des sondages ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, aux Conseils des résidents et des familles ainsi qu'aux membres du personnel du foyer puisqu'ils étaient affichés sur le babillard du personnel et celui des amis et des familles, et lus lors des conseils des résidents et des familles.

Dans le rapport d'amélioration constante de la qualité du foyer, il n'est pas précisé comment et quand les résultats du sondage ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au Conseil des résidents et des familles ainsi qu'aux membres du personnel du foyer.

Sources : Rapport sur le plan d'amélioration de la qualité; entretiens avec l'administrateur et le président du Conseil des résidents. [706480]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 17 mai 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) 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,

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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

Justification et résumé

Un examen du rapport d'amélioration constante de la qualité du foyer, publié sur son site Web le 13 mai 2024, n'incluait aucune trace écrite des dates de mise en œuvre des mesures liées aux résultats des sondages sur la satisfaction réalisés en 2022 ni des résultats de ces mesures. L'administrateur a déclaré que les mesures pour améliorer l'établissement de SLD étaient fondées sur les questions prioritaires provinciales.

Sources : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité; entretiens avec l'administrateur [706480]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 17 mai 2024

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME 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 : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis aux personnes résidentes, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une personne résidente a reçu un aliment pendant le service des repas alors qu'il était précisé dans son programme de soins qu'il ne fallait pas lui remettre un tel aliment. Le diététiste professionnel a mentionné que la personne résidente ne devait pas recevoir l'aliment en question.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

La personne résidente était exposée à un risque accru lorsqu'elle recevait l'aliment en question lors d'un service de repas.

Sources : Observation du service des repas; examen du dossier d'un résident et de la politique du foyer n° NPC A - 25 sur le programme de soins; entretiens avec un membre du personnel chargé des activités, un aide-diététiste, un diététiste professionnel et le directeur des soins. [627]

AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

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

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 :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration qui comprenne, au minimum, la fourniture aux personnes résidentes des aides à l'alimentation nécessaires pour manger de façon sécuritaire, de manière aussi confortable et indépendante que possible.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente révèle qu'elle doit utiliser une aide à l'alimentation particulière pendant le service des repas. Lors d'un repas en particulier, la personne résidente n'a pas reçu cette aide à l'alimentation. L'infirmière auxiliaire autorisée n° 113 a reconnu que la personne résidente aurait dû recevoir une aide à l'alimentation

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le risque pour le bien-être de la personne résidente était faible lorsqu'elle a reçu son aide à l'alimentation.

Sources : Observation des repas; examen du programme de soins d'une personne résidente; entretien avec un membre du personnel d'activation, une infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins. [627]