

**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 6 mai 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1575-0004**Type d'inspection :**

Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** The District Municipality of Muskoka**Foyer de soins de longue durée et ville :** The Pines, Bracebridge**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 28 au 30 avril, les 1er et 2 mai et les 5 et 6 mai 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Un signalement lié une inspection proactive de conformité.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

Gestion de la douleur (Pain Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :
- (iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaies de pression de deux personnes résidentes soient réévaluées au moins une fois par semaine par le personnel autorisé.

**Sources :** Dossiers cliniques de deux personnes résidentes; politique du foyer intitulée; et entretiens avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

168 (2) Le rapport exigé en vertu du paragraphe (1) doit contenir 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.
- 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,

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

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 du foyer comprenne les renseignements requis. Le rapport ne comprenait pas les dates du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes, les résultats du sondage ou les mesures prises à la suite du sondage.

**Sources :** Sondage auprès des personnes résidentes et des familles (2024); Rapport sur l'amélioration de la qualité; Plan de travail annuel de The Pines (2025); et entretiens avec le personnel.