

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 mars 2025

Numéro d'inspection : 2025-1177-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. as General Partner on behalf of Omni Health Care Limited Partnership

Foyer de soins de longue durée et ville : Rosebridge Manor, Jasper

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 14, du 18 au 21, et du 24 au 26 février 2025.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00139656 – IPC

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Foyer sûr et sécuritaire
Amélioration de la qualité
Gestion de la douleur
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Soins liés à l'incontinence
Conseils des résidents et des familles
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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 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 n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Plus précisément, le 12 février 2025 à 10 h 55, une porte donnant sur la salle de la lingerie propre était déverrouillée. Le 12 février 2025 11 h 9, le titulaire de permis s'est assuré que la porte donnant sur la lingerie était verrouillée.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : observations par l'inspectrice, et entretien avec le membre du personnel 101.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : le 12 février 2025

Problème de conformité n° 002 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire, et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une fenêtre ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres, plus précisément, le 12 février 2025 à 12 h 46, une inspectrice a mesuré dans une chambre l'ouverture d'une fenêtre qui était supérieure à 15 centimètres. Le 12 février 2025 à 13 h 10, le membre du personnel 102 a mesuré la même fenêtre et a reconnu que l'ouverture de la fenêtre mesurait 15,49 centimètres et était supérieure à 15 centimètres. Le 12 février 2025 à 13 h 58, une inspectrice a mesuré l'ouverture de la fenêtre dans la même chambre, et elle mesurait 14,40 centimètres.

Sources : observations par l'inspectrice, et entretien avec le membre du personnel 102.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 12 février 2025.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 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 baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre fussent élaborées et mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises pour le nettoyage et la désinfection des baignoires et des fauteuils releveurs.

Plus précisément, les politiques et les marches à suivre du titulaire de permis ne tenaient pas compte des pratiques actuelles du foyer en matière de nettoyage et de désinfection des baignoires et des fauteuils releveurs.

Sources : examen des documents suivants : déroulement du travail de contrôle et de prévention des infections dans les salles de bains ou les salles de douches, nettoyage des systèmes de baignoire (*Infection and Prevention Bath/Shower Room Workflow document, Bathing System Cleaning*) (politique n° CS-18.6, approuvée en avril 2024), nettoyage quotidien des salles de bains et de l'équipement (*Daily Cleaning of Tub Rooms and Equipment*) (politique n° ENV-HK-2.6, approuvée en février 2025), gestion des risques (*Risk Management*) (politique

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

n° IPAC-RM-10.2, approuvée en novembre 2024), et entretiens avec les membres du personnel 101, 102, 114 et 115.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 166 (2) 9 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 :

9. Un membre du conseil des résidents du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprît au moins un membre du conseil des résidents du foyer. Plus précisément, un membre du conseil des résidents du foyer a été invité à assister seulement aux réunions trimestrielles du comité d'amélioration constante de la qualité du titulaire de permis, alors que les réunions se tenaient tous les mois.

Sources : examen du dossier des procès-verbaux des réunions du comité d'amélioration constante de la qualité du titulaire de permis et entretien avec le membre du personnel 117.