

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 octobre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1148-0004

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Sherwood Park Manor

Foyer de soins de longue durée et ville : Sherwood Park Manor, Brockville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 23, 24, 25, 26 et 27 septembre, et les 1^{er}, 2, 3, 4, 7, 8 et 9 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00127329 – inspection proactive de conformité (IPC)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et gestion de la peau et des plaies

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

Amélioration de la qualité

Droits et choix des personnes résidentes

Gestion de la douleur

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 du paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (1).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Le 23 septembre 2024, les politiques visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et l'explication relative à la protection des dénonciateurs n'étaient pas affichées.

La ou le gestionnaire des installations a affiché à la date en question les politiques du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et

de négligence envers les personnes résidentes et l'explication relative à la protection des dénonciateurs.

Sources : Observation des affichages des renseignements exigés, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la ou le gestionnaire des installations.

Date à laquelle la mesure correctrice a été mise en œuvre : 23 septembre 2024.

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

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 n'a pas veillé à ce que les soins d'une personne résidente prévus dans le programme de soins fussent documentés.

À des dates déterminées de septembre 2024, une partie des soins du matin à une personne résidente n'étaient pas documentés dans l'application Point of Care (POC).

Sources : Examen du programme de soins d'une personne résidente et de la

documentation des tâches dans l'application POC, entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) et un autre membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **12 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (2). Le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, le 24 septembre 2024, à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur le patio sécuritaire à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Sources : Observation de la sécurité des portes, du patio sécuritaire à l'extérieur, et des personnes résidentes; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur, la coordonnatrice adjointe ou le coordonnateur adjoint et des programmeurs de l'enrichissement de la vie.

AVIS ÉCRIT : Dossier écrit de l'évaluation des programmes

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

Non-respect de la disposition **34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, 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 veillé à consigner dans un dossier l'évaluation du programme de soins de la peau et des plaies.

Sources : Entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la ou le DASI.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation du programme de gestion de la douleur.

Sources : Entretiens avec la ou le DSI et la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de

la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 124 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité de pharmacologie et de thérapeutique se réunisse en juillet 2024 pour la réunion trimestrielle, afin d'évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer et de recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Sources : Examen du procès-verbal de la réunion du comité de pharmacologie et de thérapeutique et entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la sous-disposition **268 (4) 1. ix. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Plans de mesures d'urgence.

Paragraphe 268 (4). Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
 - ix. la perte d'un ou de plusieurs services essentiels.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé, le 4 octobre 2024, à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient la façon de faire face à la perte des services de chauffage du foyer.

Sources : Entretien avec la ou le gestionnaire des installations.