

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 original

Date de publication du rapport : 22 novembre 2023

Numéro d'inspection : 2023-1488-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Centre d'accueil Roger Séguin

Foyer de soins de longue durée et ville : Centre d'accueil Roger Séguin, Clarence Creek

Inspectrice principale

Maryse Lapensee (000727)

Signature numérique de l'inspectrice

Maryse C Lapensee

signé numériquement par Maryse C Lapensee
Date : 2023.11.24 08:53:41 -05'00'

Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)

Manon Nighbor (755)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8, 9, 10 et 14 novembre 2023

Cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) comportait le ou les éléments suivants :

Registre n° 00095085 — concernant une chute avec blessure

Registre n° 00098882 — concernant une chute avec blessure

Registre n° 00100299 — concernant une plainte verbale relative à des soins administrés de façon inappropriée

Registre no 00100299 — concernant un décès inattendu

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Prévention et gestion des chutes

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de gestion de la douleur doive, au minimum, prévoir la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et de leur efficacité.

Justification et résumé

Au mois d'octobre 2023, une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. La personne résidente est retournée au foyer au bout de plusieurs jours, après une intervention chirurgicale.

Lors de son retour, on a commencé à remplir un formulaire d'évaluation de la douleur. Les évaluations de la douleur de la personne résidente n'ont pas été documentées pendant trois postes de travail et plusieurs autres heures en octobre.

Lors d'un entretien le 14 novembre 2023, un membre du personnel autorisé a expliqué que le formulaire d'évaluation de la douleur devait être rempli pour que l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) évalue la douleur de la personne résidente, ce qui permettait à l'IA de déterminer quand il fallait contacter le médecin.

L'administration d'une substance désignée a été prescrite toutes les six heures au besoin pour une douleur modérée à forte. En octobre 2023, une note d'évolution indiquait que le degré de douleur de la personne résidente était de 10 sur 10 et que, comme prescrit, on lui avait administré la substance désignée pour sa douleur. Il n'y avait pas d'évaluation de la douleur documentée dans les notes d'évolution pour évaluer si la substance désignée était efficace, et le formulaire d'évaluation horaire de la douleur ne comportait pas de mention de la douleur de la personne résidente ce jour-là, la documentation indiquait que la personne résidente n'avait ressenti aucune douleur pendant la totalité des 24 heures.

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

Un certain soir d'octobre, la personne résidente a fait une chute et s'est plainte d'une douleur. Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'on lui avait administré la substance désignée pour sa douleur. Le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) mentionnait que la seule substance désignée administrée ce jour-là avait été administrée le matin. La douleur de la personne résidente ne figurait pas sur le formulaire horaire d'évaluation de la douleur, la documentation indiquait que la personne résidente ne ressentait aucune douleur ce soir-là. La feuille d'inventaire des substances désignées de la personne résidente mentionnait que la substance désignée avait été administrée auparavant, pendant le poste de travail de jour.

Le 14 novembre 2023, un membre du personnel autorisé a confirmé que la seule substance désignée figurant dans le RAME était celle du matin de ce jour-là.

Ainsi, le manque de document d'évaluation eu égard à la surveillance constante et analytique de la douleur et de l'efficacité de l'analgésique, peut avoir affecté la gestion de la douleur de la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution, RAME, formulaire d'évaluation de la douleur, liste d'inventaire des substances désignées de la personne résidente, ordonnances médicales et entretien avec un membre du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

Non-respect de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les politiques et les protocoles écrits du système de gestion des médicaments qui ont été élaborés fussent mis en œuvre conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Justification et résumé

Au mois d'octobre 2023, une personne résidente avait fait une chute et subi une blessure. La personne résidente est retournée au foyer au bout de plusieurs jours, après une intervention chirurgicale.

On lui avait prescrit un analgésique toutes les six heures. En octobre 2023, il y avait plusieurs doses qui n'étaient pas documentées dans le registre électronique d'administration des médicaments (RAME).

Le 14 novembre 2023, un membre du personnel autorisé a confirmé que l'analgésique n'avait pas été

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

ordonné au besoin et qu'il aurait dû être documenté dans le RAME.

L'administration d'une substance désignée a été prescrite toutes les six heures au besoin pour une douleur modérée à forte. Un certain soir d'octobre 2023, la personne résidente a fait une chute et s'est plainte d'une douleur, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait reçu la substance désignée pour sa douleur. Le RAME indiquait que la substance désignée avait été administrée seulement le matin de ce jour-là.

Le 14 novembre 2023, un membre du personnel autorisé a confirmé que le jour en question, la seule administration de substance désignée figurant dans le RAME avait eu lieu le matin.

Un certain jour d'octobre, un antibiotique a été prescrit trois fois par jour, pendant cinq jours, pour traiter le site opératoire de la personne résidente que l'on soupçonnait d'être infecté. Pendant le traitement à l'antibiotique, de multiples doses d'antibiotique n'ont pas été documentées dans le RAME.

Le 14 novembre 2023, un membre du personnel autorisé a déclaré qu'il n'avait pas documenté l'administration de trois doses d'antibiotique.

Ainsi, le fait de ne pas documenter l'administration de plusieurs médicaments pouvait avoir eu une incidence sur le processus de guérison de la personne résidente et sur la gestion de sa douleur. Cela avait également accru le risque d'erreurs de gestion des médicaments étant donné que l'administration des médicaments ne pouvait pas être confirmée dans le RAME.

Sources : Notes d'évolution, formulaire d'évaluation de la douleur, RAME, liste d'inventaire des substances désignées de la personne résidente, ordonnances médicales et entretiens avec deux membres du personnel.

[755]