

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 : Le 26 mars 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1576-0001	
Type d'inspection : Suivi d'un incident critique	
Titulaire de permis : Ville du Grand Sudbury	
Foyer de soins de longue durée et ville : Pioneer Manor, Sudbury	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Justin McAuliffe (000698)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur Justin Christopher par Justin McAuliffe Signé numériquement par Justin Christopher McAuliffe Date : 2024.03.26 13:50:55 -04'00"
Autres inspectrices ou inspecteurs Ryan Randhawa (741073) Oraldeen Brown (698)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : Les 11 au 14 mars 2024

Les inspections concernaient :

- Une inspection relative aux soins inadéquats d'une personne résidente.
- Une inspection relative aux soins inadéquats d'une personne résidente.
- Une inspection relative à une éclosion d'influenza A.
- Une inspection de suivi à l'OC n° 001 relative à l'équipement d'aspiration.
- Une inspection de suivi relative à l'OC n° 002 relativement à l'administration de médicaments.
- Une inspection relative à une éclosion de maladie respiratoire infectieuse aiguë.

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

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants
délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1576-0005 relativement à la disposition 96(2) du Règl. de
l'Ont. 246/22

(a) effectuée par Justin McAuliffe (000698)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1576-0005 relativement à la disposition 140(1) du Règl. de
l'Ont. 246/22 effectuée par Justin McAuliffe (000698)

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support
Services)

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

Gestion des médicaments (Medication Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control) et

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Non-conformité n° 001 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021
sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de la disposition : Paragraphe 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de positionnement

40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du
personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position
sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire d'un permis ne s'est pas assuré que les membres du personnel utilisent des appareils
ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les
résidents.

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

Justification et résumé :

L'examen des notes d'enquête interne du foyer relativement à un transfert présumé inapproprié a révélé qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'avait pas réussi à transférer un résident en toute sécurité.

Le programme de levage et de soins sécuritaires du foyer précise que deux membres formés du personnel étaient nécessaires à tout moment lors d'un transfert à l'aide d'un appareil de levage.

Au cours d'un entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes (CSPR), on a reconnu que la PSSP avait effectué un transfert dangereux, car la manœuvre ne respectait pas la politique du foyer exigeant deux membres du personnel pour tous les transferts à l'aide d'un appareil de levage.

Le défaut par la PSSP de respecter la politique du foyer exigeant la présence de deux personnes pour tous les transferts à l'aide d'un appareil de levage a exposé la personne résidente à un risque de blessure.

Sources : Notes d'enquête internet du foyer, programme du foyer sur les manœuvres de levage, entretiens avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes et d'autres membres du personnel. [698]

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Non-conformité n° 002 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de la disposition : 56(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

56(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de soins individuel de la personne résidente soit bien mis en œuvre.

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

Justification et résumé

Une personne résidente a reçu l'aide d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) pour aller aux toilettes. La PSSP a laissé la personne résidente seule aux toilettes pour aller aider une autre personne résidente dont l'alarme avait sonné. La personne résidente a fait une chute durant l'absence de la PSSP.

La personne résidente avait besoin d'une supervision constante durant ses soins liés à l'incontinence et son hygiène, comme précisé dans son plan de soins.

La PSSP a confirmé n'avoir pas fourni une supervision constante à la personne résidente et admis qu'elle aurait dû rester avec la personne résidente et lui fournir une supervision constante durant ses soins liés à l'incontinence et son hygiène, conformément à son plan de soins.

Les entretiens réalisés avec le personnel de supervision ont révélé que les membres du personnel devaient suivre le plan de soins et fournir une supervision constante à la personne résidente durant ses soins liés à l'incontinence et son hygiène.

La personne résidente courait un risque accru de chute lorsque son plan de soins individuel n'était pas mis en œuvre.

Sources : Dossiers cliniques, entretiens avec les membres du personnel. [741073]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Non-conformité n° 003 – avis écrit remis conformément à la disposition 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

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

Gestion de la douleur

57(1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

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

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire d'un permis ne s'est pas assuré de la surveillance de la réaction d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Justification et résumé

Une personne résidente a ressenti de la douleur à la suite d'un incident de transfert inapproprié. L'infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a administré des analgésiques à la personne résidente sans effectuer d'évaluation de la douleur avant ou après l'administration du médicament.

Aucun document ne figurait dans le dossier clinique de la personne résidente concernant la réalisation d'une évaluation de la douleur avant ou après l'incident.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que les évaluations de la douleur auraient dû être effectuées et documentées dans le dossier électronique de la personne résidente.

Le défaut d'évaluer la douleur de la personne résidente a retardé l'identification de la douleur et les problèmes de contrôle de la douleur ont été traités et suivis de manière appropriée.

Sources : Dossiers cliniques, politique intitulée « PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM », dernière révision en février 2024 et entretien avec la ou le DSI. [698]