

Rapport public

Date d'émission du rapport : 9 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1576-0003

Type d'inspection :

Plainte
 Incident critique

Titulaire de permis : Ville du Grand Sudbury

Foyer de soins de longue durée et ville : Pioneer Manor, Sudbury

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 30 mai 2025.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 2 juin 2025

Les inspections concernaient :

- Deux inspections relatives à de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente envers une autre personne résidente;
- Deux inspections relatives à des plaintes soumises au directeur ou à la directrice relativement aux soins des résidents;
- Une inspection relative à une blessure de cause inconnue;
- Une inspection relative à un mauvais traitement du personnel à l'égard d'une personne résidente;
- Une inspection relative à la chute d'une personne résidente ayant entraîné un changement considérable de son état de santé;
- Une inspection relative à des préoccupations soumises au directeur ou à la directrice au sujet de la procédure de nettoyage.

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente participe pleinement à la mise en œuvre de son programme de soins.

Sources : Politique du foyer, dossiers de soins de santé de la personne résidente, enquête interne du foyer, entretien avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 30 décembre 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programmes de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente fournisse des directives claires au personnel concernant les soins fournis.

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 (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800 663-6965

Le programme de soins de la personne résidente indiquait au personnel de fournir des soins à différents intervalles qui n'étaient pas cohérents. Les notes d'évolution de la personne résidente fournissaient diverses directives au personnel, et les soins n'étaient pas mentionnés dans le programme de soins qu'une personne PSSP consultait.

Sources : Programme de soins et notes d'évolution de la personne résidente, observations de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 6 (2) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente repose sur des évaluations ainsi que sur ses besoins et préférences.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins et évaluations de la personne résidente; politique du titulaire de permis; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée d'un mauvais traitement d'ordre physique de la part d'un membre du personnel.

Source : Notes d'évolution de la personne résidente; notes de l'enquête interne; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des allégations de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel soient signalées immédiatement au directeur ou à la directrice.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; notes d'enquête interne; rapport d'IC; politique du titulaire de permis; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Portes dans le foyer

Par. 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 menant aux zones non résidentielles soient maintenues fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel, incluant diverses portes dans différentes aires du foyer.

Sources : Observations de l'inspecteur ou l'inspectrice; politique du foyer; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 56 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des traitements et des interventions visant à favoriser la continence.
2. Des traitements et des interventions visant à prévenir la constipation, notamment des protocoles de nutrition et d'hydratation.
3. Des programmes d'élimination, y compris des protocoles de facilitation des selles.
4. Des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment de l'équipement, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.
5. Une évaluation annuelle du niveau de satisfaction des résidents à l'égard de la gamme de produits pour incontinence, en consultation avec les résidents, les mandataires spéciaux et le personnel chargé des soins directs, évaluation dont le titulaire de permis tient compte lors de ses décisions d'achat, notamment au moment de la négociation ou de la renégociation des contrats avec les vendeurs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique relative au programme de soins liés à l'incontinence soit mise en œuvre dans le foyer.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 11 1) b), le titulaire de permis doit veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le programme de soins liés à la continence et s'assurer qu'ils sont respectés.

La politique du foyer sur les soins liés à la continence indique que le personnel doit remplir des évaluations chaque trimestre; il n'y avait toutefois pas de preuve soutenant que les évaluations avaient eu lieu.

Sources : Notes d'évolution, programmes de soins et évaluations de la personne résidente; politiques du titulaire de permis; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Entretien ménager

Par. 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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel respecte la marche à suivre du foyer pour le nettoyage, comme indiqué dans la politique du foyer.

Sources : Politique du foyer; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Par. 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis a omis de garantir la tenue d'un dossier documenté dans le foyer où figuraient les renseignements requis lorsqu'une plainte verbale a été faite relativement aux soins d'une personne résidente.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; politique du titulaire de permis; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 147 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'incident lié à un médicament pour une personne résidente soit documenté et à ce que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente soient également consignées dans un dossier.

Sources : Dossiers de soins de santé de la personne résidente; politique du foyer; et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 011 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Gestion de la douleur

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

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.
2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.
3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.
4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

- a) d'effectuer un examen documenté du programme de gestion de la douleur pour déterminer quelles évaluations doivent être remplies, quand et par qui;
- b) d'élaborer et de mettre en œuvre une marche à suivre au foyer pour s'assurer que les évaluations de la douleur sont réalisées telles que décrites dans les politiques;
- c) de tenir les documents pour appuyer les mesures identifiées aux alinéas a) et b).

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur soit mis en place dans le foyer.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 11 1) b), le titulaire de permis doit veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le programme de gestion de la douleur et s'assurer qu'ils sont respectés.

La politique du foyer concernant la gestion de la douleur indique au personnel de remplir une évaluation chaque trimestre et lors d'un changement considérable; il a toutefois été déterminé que l'outil d'évaluation de la douleur mentionné dans la politique du foyer a pris fin en 2021. Il a été relevé qu'un nombre déterminé de résidents ont des préoccupations concernant la douleur, cependant il n'y avait aucune évaluation de la douleur dans les évaluations de ces résidents. Les notes d'évolution indiquaient que les interventions initiales de gestion de la douleur étaient parfois inefficaces pour indiquer si des mesures avaient été prises ou si des évaluations avaient eu lieu.

Sources : Notes d'évolution, programmes de soins et évaluations des résidents; politiques du titulaire de permis; et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 4 juillet 2025

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 (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL**PRENDRE ACTE**

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander à la directrice ou au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que la directrice ou le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Si une copie de la décision de la directrice ou du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de la santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.