

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 juin 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1446-0003**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Centre de soins de longue durée Edgewater Gardens**Foyer de soins de longue durée et ville :** Centre de soins de longue durée
Edgewater Gardens, Dunnville

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 3 au 5, du 9 au 12 et le 16 juin 2025

L'inspection concernait :

- dossier n° 00146828 – Incident critique (IC) n° 2963-000007-25 lié à la prévention et à la gestion des chutes.

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

Soins liés à l'incontinence

Prévention et gestion des chutes

Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme 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 écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel en ce qui concerne l'utilisation de son appareil de mobilité.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins soient fournis à une personne résidente conformément à son programme de soins en ce qui concerne le positionnement.

Sources : observation des personnes résidentes, dossiers cliniques, entretiens avec le personnel de soins directs et la direction des services infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Côtés de lit

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 18 (1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Côtés de lit

Paragraphe 18 (1) Le titulaire de permis veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

(a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident;

Lorsque des côtés de lit étaient utilisés pour une personne résidente, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit évaluée conformément à sa politique sur la sécurité des côtés de lit et le piégeage à plusieurs reprises.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique en matière de sécurité des côtés de lit et de piégeage, entretiens avec la direction des soins infirmiers et l'administrateur ou l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le foyer n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur soit respecté pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer d'avoir en place et faire respecter un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de gestion de la douleur, qui exige qu'il procède à une évaluation de la douleur lorsque la personne résidente exprime une nouvelle douleur.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, politique de gestion de la douleur, entretiens avec le personnel infirmier, la direction des soins infirmiers et l'administrateur ou l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 119 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Al. 119 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi ou conformément au devoir de common law prévu à l'article 39 de la Loi :

1. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant lorsqu'il maîtrise une personne résidente.

Sources : observation de la personne résidente, dossiers cliniques, instructions du fabricant pour la contention, entretien avec le personnel infirmier.

AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 119 (2) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Par. 119 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi :

1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente était maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, celui-ci ne soit utilisé que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'ordonne ou l'approuve.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, liste des personnes résidentes ayant des appareils d'aide personnelle et de contention, entretiens avec la direction des services infirmiers.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Exigences générales

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 3 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 :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD [2021]] :

1. Évaluer et mettre à jour le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, en particulier la définition d'une chute dans la politique de prévention des chutes du foyer, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques courantes. Conserver un registre écrit des mises à jour effectuées et des pratiques fondées sur des données probantes ou en vigueur mentionnées, pour examen par l'inspecteur ou l'inspectrice du ministère des Soins de longue durée (MSLD).
2. Former l'ensemble du personnel de soins directs au programme révisé de prévention et de gestion des chutes, y compris à la définition d'une chute et aux responsabilités propres à la désignation pour intervenir auprès d'une personne résidente qui a chuté. Conserver un registre écrit des formations dispensées, à qui, à quelle date et par qui, ainsi que les signatures des membres du personnel présents, afin que l'inspecteur ou l'inspectrice du MSLD puisse les examiner.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes soit évalué et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, aux pratiques courantes.

Justification et résumé

La politique de prévention des chutes du foyer définit une chute comme « tout changement de position involontaire au cours duquel la personne résidente se retrouve sur le sol, le plancher ou un autre niveau inférieur », y compris les chutes avec ou sans témoin, avec ou sans blessure, et à l'exclusion des chutes ou accidents évités de justesse. Une chute dont personne n'a été témoin a été décrite

comme « une personne résidente retrouvée sur le sol, sans que ni la personne résidente ni personne d'autre ne sache comment elle s'est retrouvée là ». Un incident d'une chute ou d'un accident évité de justesse comprenait des « interventions réussies (par exemple, le lit de la personne résidente a été abaissé jusqu'au sol avec des tapis de chute en place, parce que le personnel s'attend à ce que la personne résidente glisse ou se traîne hors du lit) ».

À la suite de la chute d'une personne résidente, la politique de prévention des chutes du foyer demande au personnel de mener des mesures spécifiques, notamment des évaluations, des aiguillages et des communications. Lorsqu'une personne résidente est victime d'une chute ou d'un accident évité de justesse (par exemple, « lorsqu'une personne résidente glisse de son lit sur un tapis de chute »), le personnel est censé documenter l'incident, s'assurer que des mesures de sécurité sont en place, modifier le programme de soins provisoire et consigner l'incident dans le rapport de quart de 24 heures.

Le manuel sur le recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI 2.0, cité en référence dans la politique du foyer concernant les chutes, et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario définissent une chute comme un événement qui fait qu'une personne s'immobilise par inadvertance sur le sol, le plancher ou un niveau inférieur, avec ou sans blessure.

L'administrateur ou l'administratrice du foyer a précisé que lorsqu'une personne résidente est trouvée sur son tapis de sol, après s'être abaissé d'un lit dans la position la plus basse, cela n'est pas considéré comme une chute conformément à la politique du foyer. Il ou elle a reconnu que ce critère n'était pas dérivé d'une ligne directrice fondée sur des données probantes.

À une date donnée, une personne résidente a été victime d'un incident qui n'a pas été considéré comme une chute selon la définition de la politique du foyer. Par conséquent, le personnel n'a pas effectué les évaluations du personnel infirmier spécifiées après l'incident.

Lorsque la politique du foyer, en particulier la définition d'une chute, n'était pas alignée sur les pratiques fondées sur des données probantes, les personnes résidentes risquaient de faire l'objet d'un suivi incohérent de la part du personnel pour des incidents qui répondaient à la définition d'une chute selon les pratiques exemplaires, mais pas selon la politique du foyer. En outre, des problèmes de sécurité des personnes résidentes ont été soulevés lorsque le personnel n'a pas considéré les incidents de chute ou d'accident évité de justesse dont il n'a pas été

témoin comme une chute dont il n'a pas été témoin.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique 2963-000007-25, politique de prévention des chutes, lignes directrices sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, entretiens avec le personnel infirmier, la direction des soins infirmiers et l'administrateur ou l'administratrice.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 août 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 au directeur ou à la directrice 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 la directrice ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 le directeur ou la directrice 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur ou directrice

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

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 de Hamilton

119 King Street West, 11th Floor
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie 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 du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur ou directrice

a/s 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

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 de Hamilton

119 King Street West, 11th Floor
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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.