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 Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 3 juin 2025
Numéro d'inspection : 2025-1389-0004
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation à titre d'associé commandité de The Royale Development LP
Foyer de soins de longue durée et ville : Bradford Valley Community, Bradford

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 28 au 30 mai 2025 et le 3 juin 2025

Les inspections concernaient :

- Plainte/incident lié à une chute avec blessure.

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

Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité nº 001 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD (2021)
Foyer : milieu sûr et sécuritaire
Article 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Les dossiers d'administration des médicaments du résident nº 001 ont consigné à une date précise une ordonnance de traitement supplémentaire. Lors de l'inspection, le résident recevait le traitement prescrit. Aucun panneau n'était affiché dans la chambre pour indiquer qu'un traitement spécifique était administré, comme l'a confirmé le directeur adjoint des soins nº 104. La fiche de procédure du foyer indique que des affiches doivent être installées à l'extérieur de la chambre du résident et à l'avant du système d'administration du traitement pour avertir des dangers potentiels associés à ce système.

Sources : observations, fiche de procédure du foyer et entrevue avec le directeur adjoint des soins nº 104.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 002 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)
Programme de soins
Paragraphe 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 les interventions de prévention des chutes du résident nº 001 prévues dans son programme de soins établissent des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Au cours d'un mois donné, le résident nº 001 a fait plusieurs chutes. Après la dernière chute signalée, le résident a dû être transféré à l'hôpital, ce qui a entraîné d'autres traitements médicaux.
Les soins prodigués au résident ont nécessité l'utilisation d'une intervention spécifique. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) nº 102 et le membre du personnel infirmier auxiliaire autorisé nº 103 ont indiqué qu'ils interprétaient différemment les directives indiquées dans le programme de soins du résident. Le directeur adjoint des soins nº 104 a reconnu que des directives claires auraient dû être fournies au personnel concernant le moment d'utiliser l'intervention spécifique pour le résident nº 001, et que cela n'était pas pris en compte dans le programme de soins du résident.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques du résident nº 001, entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 003 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsque les stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la mise en œuvre de la prévention des chutes, n'ont pas été mises en œuvre conformément au programme de soins du résident nº 001.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer indiquait que le personnel infirmier devait surveiller les interventions de prévention et que les PSSP devaient utiliser les interventions de prévention des chutes indiquées dans le programme de soins du résident.

Les notes d'évolution d'une date précise indiquaient que le résident nº 001 n'utilisait pas d'intervention définie en cas de chute au moment d'une chute. Le directeur adjoint des soins nº 104 a confirmé que l'intervention en cas de chute n'avait pas été appliquée comme indiqué dans le programme de soins. De plus, lors de l'inspection, le PSSP nº 102 et le membre du personnel infirmier auxiliaire autorisé nº 103 ont déterminé et confirmé que les interventions en cas de chute indiquées dans le programme de soins du résident n'avaient pas été mises en œuvre comme prévu.

Sources : rapport d'incident critique, observations, dossiers médicaux du résident nº 001, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 004 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 54 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes
Paragraphe 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement et les appareils indiqués dans le programme de soins du résident nº 001 relativement à la prévention et à la gestion des chutes soient en place et en bon état de fonctionnement.

Les dossiers cliniques du résident nº 001 indiquent qu'un appareil devait être utilisé dans le cadre des interventions en cas de chute. Le PSSP nº 102 a indiqué que l'appareil requis n'avait pas été utilisé parce qu'il n'était pas en état de fonctionnement et qu'il avait été signalé depuis la veille.

Sources : observations, dossiers médicaux du résident nº 001 et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité nº 005 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
Non-respect de : la disposition 57 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22
Gestion de la douleur
Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme d'identification et de gestion de la douleur du foyer lorsqu'il a été déterminé que le résident nº 001 souffrait de douleur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion de la douleur et des symptômes du foyer indiquait que le personnel infirmier devait dépister la présence de douleur et effectuer une évaluation de la douleur lorsque le résident déclarait ou présentait des signes et des symptômes de douleur.

Les dossiers médicaux du résident nº 001 indiquent qu'aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée lorsque le résident a fait une chute à une date précise et qu'il a déclaré ressentir de la douleur. De plus, aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée à une autre date, alors qu'une douleur avait été constatée.

Sources : dossiers cliniques du résident nº 001, politique de gestion de la douleur et des symptômes du foyer et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité nº 006 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 57 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

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

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du foyer lorsqu'il a été déterminé que le résident nº 001 souffrait de douleur et que des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, n'ont pas été mises en œuvre.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion de la douleur et des symptômes du foyer indiquait la mise en œuvre d'interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques lorsque le résident déclarait ou présentait des signes et des symptômes de douleur.

Les dossiers cliniques du résident nº 001 indiquent que le résident a ressenti des douleurs à des dates précises, pour lesquelles des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques n'ont pas été mises en œuvre. Le responsable du traitement de la douleur a confirmé que les interventions auraient dû être mises en œuvre et documentées en conséquence.

Sources : dossiers cliniques du résident nº 001, politique de gestion de la douleur et des symptômes du foyer et entrevues avec le personnel.