

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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage

London ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 23 avril 2026

**Numéro d'inspection :** 2026-1062-0004

**Type d'inspection :**  
Incident critique

**Titulaire de permis :** 1230839 Ontario Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Brouillette Manor, Tecumseh

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 21 au 23 avril 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00172880 – Rapport d'incident critique (IC) n° 2301-000003-26 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente.
- Signalement : n° 00172953 – Rapport d'IC n° 2301-000004-26 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente.

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

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 6 (1) a) 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

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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage

London ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

suit :

a) les soins prévus pour le résident.

Lors de démarches d'observation à une date donnée, on a vu qu'une personne résidente utilisait un appareil de sécurité spécialisé en tant que mesure de prévention des chutes. Toutefois, l'utilisation de cet appareil n'était pas prévue dans son programme de soins. En effet, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a reconnu que l'appareil ne faisait pas partie du programme de soins écrit de la personne.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 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.

On a omis de fournir des soins en lien avec les transferts à une personne résidente, tel que le précisait son programme de soins. En effet, selon ce dernier, les membres du personnel devaient utiliser un lève-personne mécanique avec un harnais d'une certaine taille pour transférer la personne résidente. Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé qu'elles ignoraient les directives énoncées dans le programme de soins de la personne résidente; en revanche, il y avait des logos de transfert affichés dans la chambre à coucher de celle-ci, qui indiquaient que les membres du personnel devaient effectuer les transferts à deux.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage

London ON N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

**Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 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 :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

À une date donnée, une personne résidente a fait une chute sans témoin. Le foyer a ensuite envoyé un rapport d'incident critique à ce sujet à la directrice ou au directeur. Toutefois, la personne résidente a subi une blessure à la tête lors de cette chute, et les membres du personnel ont omis d'effectuer et de consigner l'évaluation neurologique requise selon la politique correspondante du foyer. Une ou un IA et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé cette omission.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce que l'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes.

Plus précisément, selon la politique correspondante du foyer, si une personne résidente fait une chute sans témoin et que les membres du personnel constatent ou soupçonnent qu'elle a subi une blessure à la tête, ceux-ci doivent effectuer une évaluation neurologique auprès d'elle et en consigner les résultats dans ses dossiers.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel autorisé.