

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 12 septembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1426-0002

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi d'un incident critique

**Titulaire de permis :** Holland Christian Homes Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Grace Manor, Brampton

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22 au 25 juillet, 29 au 31 juillet 2024 et 1<sup>er</sup> et 2 août 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00115644, suivi de l'OC n° 001 relatif à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Plainte : N° 00115214, IC n° 2942-000012-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.
- Plainte : N° 00117715, IC n° 2942-000015-24 relatif aux soins et services de soutien aux personnes résidentes.
- Plainte : N° 00119562, IC n° 2942-000019-24 relatif à la prévention et au contrôle des infections.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

- Plainte : N° 00117892, une plainte liée aux soins et aux services de soutien aux personnes résidentes.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : N° 00120238, IC n° 2942-000021-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.

**Ordre(s) de conformité délivré(s) 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° 2024-1426-0001 relativement à la disposition 24 (1) de  
la *LRSLD (2021)* réalisée par Craig Michie (000690)

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

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control) Prévention  
des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la  
*LRSLD (2021)*.

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

Techniques de transfert et de positionnement

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Art. 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.

Non-respect de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire du 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 personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Le transfert d'une personne résidente a été effectué sans tenir compte de l'évaluation de ses besoins.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas suivi les procédures de sécurité lors du transfert d'une personne résidente, créant un risque de blessure.

**Sources :**

Dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique, note d'enquête interne, entretiens avec le personnel.  
[000690]

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

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 : 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Prévention et gestion des chutes

Par. 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 a failli à ses obligations en ne veillant pas à ce qu'une évaluation du risque de chute soit réalisée pour une personne résidente après un incident, malgré des changements notables dans sa mobilité et son statut de transfert.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que son programme de prévention et de gestion des chutes comprend, au minimum, des stratégies efficaces pour réduire ou atténuer le risque de chute. En l'occurrence, le personnel a omis de se conformer à la politique du foyer intitulée « Fall Prevention and Management Program » (Programme de prévention et de gestion des chutes), qui exige qu'une infirmière ou infirmier autorisé (IA) ou une infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA) procède à une évaluation du risque de chute lors d'un changement significatif de l'état de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Une évaluation du risque de chute n'a été effectuée que 19 jours après la chute d'une personne résidente.

La ou le responsable de la gestion des chutes a reconnu qu'une évaluation des risques de chute aurait dû être réalisée plus tôt après la chute de la personne résidente. Elle ou il a confirmé que le foyer a été informé de la blessure de la personne résidente et du changement de son statut de transfert six jours après sa chute.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

L'absence d'évaluation du risque de chute suite à un changement significatif de l'état de la personne résidente après une chute a engendré un risque potentiel : le personnel pourrait ne pas être informé des modifications du niveau de risque et, par conséquent, ne pas adapter ses interventions de manière appropriée.

**Sources :**

Examen du dossier de la personne résidente, examen de la politique du Programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, FP-01, révisée le 22 avril 2024, et entretien avec la ou le responsable de la gestion des chutes.

[000685]

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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 : 57 (1) 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.

Le titulaire de permis a contrevenu aux exigences de son programme de gestion de la douleur en omettant de réaliser une évaluation initiale et un suivi de la douleur pour une personne résidente qui présentait des signes de souffrance le lendemain de sa chute.

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que son programme de gestion de la douleur prévoit, au minimum, des méthodes de communication et d'évaluation pour les personnes résidentes qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer intitulée « Pain Management » (Gestion de la douleur), qui stipule qu'une évaluation au moyen de l'échelle PAINAD devait être effectuée pour les personnes résidentes qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute et une évaluation de la douleur a été effectuée immédiatement après sa chute. Un membre du personnel autorisé a été informé que la personne résidente semblait souffrir.

Un médicament a été administré, mais aucune évaluation initiale de la douleur n'a été effectuée, ni aucune évaluation de suivi de la douleur, comme l'exige la politique du foyer. La douleur non traitée a entraîné une dégradation progressive des capacités physiques de la personne résidente, observable dans son comportement quotidien.

Selon la ou le responsable de la gestion des chutes, une évaluation de la douleur aurait dû être réalisée immédiatement après que le membre du personnel autorisé ait été informé de l'état de souffrance de la personne résidente. Elle ou il a également reconnu que le personnel de soins directs aurait dû être plus diligent dans l'évaluation, la documentation et le signalement de la douleur de la personne résidente et du changement de son état au médecin.

En négligeant d'effectuer une évaluation clinique adéquate de la douleur malgré l'information reçue sur l'état de souffrance d'une personne résidente, le membre du personnel autorisé a compromis le bien-être de celle-ci, l'exposant à un inconfort

**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-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105 Waterloo  
(Ontario) N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

persistant et à d'éventuelles blessures non détectées liées à sa chute.

**Sources :**

Examen du dossier de la personne résidente, examen de la politique du Programme de gestion de la douleur du foyer, CNS-00-15-02, révisée le 22 avril 2024 et entretien avec la ou le responsable de la gestion des chutes. [000685]