

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 : 24 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1533-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Corporation du Comté de Bruce

Foyer de soins de longue durée et ville : Brucelea Haven Long Term Care Home –
Corporation du Comté de Bruce, Walkerton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 23 et du 26 au 30 août 2024.

Les inspections sur les incidents critiques concernaient :

- Plainte : n° 00118886 relativement à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte : n° 00121623 relativement à des allégations de mauvais traitements
- Plainte : n° 00123210 relativement à la prévention et à la gestion des chutes

Les inspections sur les plaintes concernaient :

- Plainte : n° 00119537 relativement à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte : n° 00123257 relativement au service de buanderie, aux taux de dotation de personnel, au conseil des familles, ainsi qu'aux soins et services aux personnes résidentes

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry
and Maintenance Services)

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

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Non-conformité n° 001 – 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 protégé une personne résidente contre un mauvais traitement de la part d'un ou d'une membre du personnel.

Aux fins d'application de la Loi et du Règlement, « mauvais traitements d'ordre sexuel » s'entend : d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consentis ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel.

Justification et résumé

Un incident s'est produit lorsqu'une personne résidente a subi un attouchement inapproprié.

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

Le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente d'un mauvais traitement qui a affecté négativement la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer Prevention of Abuse & Neglect of a Resident Policy [politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'une personne résidente] (numéro de politique VII-G-10.00, dernière révision en février 2024), et entretiens avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 25 (1) de la *LRSLD* (2021).

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements lorsqu'un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été avisé(e) de l'allégation de mauvais traitement d'une personne résidente par un ou une membre du personnel et n'a pas pris d'autre mesure comme l'exige la politique du foyer.

Justification et résumé :

La politique du foyer Prevention of Abuse & Neglect of a Resident policy [politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'une personne résidente] (numéro de politique VII-G-10.00, dernière révision en février 2024), oriente le personnel infirmier afin de vérifier l'état de la personne résidente pour évaluer sa sécurité ainsi que son

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

bien-être émotionnel et physique, et pour aviser l'administrateur ou l'administratrice ou la personne déléguée concernant l'allégation de mauvais traitement.

Un ou une IAA a été avisé(e) d'une allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente. L'IAA n'a pas rempli d'évaluation de la personne résidente ni signalé l'allégation de mauvais traitement à la direction du foyer. L'IAA a confirmé ne pas avoir consigné l'incident au moment où il ou elle en a été avisé(e).

L'IAA a omis de prendre des mesures lorsqu'il ou elle a été avisé(e) d'un incident de mauvais traitement, retardant le traitement nécessaire et les mesures de suivi requises pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer Prevention of Abuse & Neglect of a Resident Policy [politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'une personne résidente] (numéro de politique VII-G-10.00, dernière révision en février 2024), et entretiens avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

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 28 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

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 un résident 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 le mauvais traitement allégué d'une personne résidente soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice.

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

Aux termes de la disposition 154 (3), le titulaire de permis est responsable du fait d'autrui à l'égard d'un ou d'une membre du personnel qui ne respecte pas la disposition 28 (1).

Justification et résumé

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été avisée par une personne résidente d'un incident de mauvais traitement allégué. Par la suite, la PSSP a avisé l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) de l'incident de mauvais traitement allégué.

Lorsque l'IAA a été avisé(e) de cette allégation de mauvais traitement, il ou elle n'a pas signalé l'allégation de mauvais traitement à la direction du foyer ou au directeur ou à la directrice.

Le fait que le foyer n'ait pas signalé immédiatement cet incident peut avoir retardé la réponse du directeur ou de la directrice à l'incident.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer Prevention of Abuse & Neglect of a Resident Policy [politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'une personne résidente] (numéro de politique VII-G-10.00, dernière révision en février 2024), et entretiens avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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 35 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Services infirmiers et services de soutien personnel

Par. 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement.

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le complément d'effectif requis conformément au Job Routine Plan [plan sur les tâches courantes] soit présent au sein de l'unité lorsqu'une personne résidente a subi une chute.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Le document Job Routine Document [document sur les tâches courantes] indiquait qu'une seule personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) à la fois doit aller en pause, laissant deux PSSP dans l'unité en tout temps.

Justification et résumé

Un jour de juin 2024, il n'y avait qu'un seul ou une seule membre du personnel PSSP dans l'unité.

Conformément au Job Routine Document [document sur les tâches courantes] du foyer, il était indiqué que chaque PSSP doit aller en pause une personne à la fois, de sorte qu'il reste toujours deux PSSP au sein de l'unité. À cette date, trois PSSP et l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) ont quitté l'unité en même temps, ne laissant qu'une PSSP pour gérer et surveiller toutes les personnes résidentes de l'unité.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré qu'il y aurait dû y avoir au moins deux membres du personnel PSSP dans l'unité en tout temps.

Ne pas veiller à disposer du complément d'effectif présent au sein de l'unité a mis les personnes résidentes à risque d'une surveillance réduite.

Sources : Job Routine Document [document sur les tâches courantes], dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

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

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Techniques de transfert et de changement de position

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.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer qu'une personne résidente soit transférée à partir du sol à l'aide d'un lève-personne mécanique après une chute sans témoin.

La politique du foyer Falls Prevention and Management Policy [politique sur la prévention et la gestion des chutes] (numéro de politique VII-G-30.10, dernière révision en août 2024) indiquait que lorsqu'une personne résidente subit une chute, elle est soulevée du sol à l'aide d'un lève-personne mécanique, conformément à la procédure « zero lift » [aucun levage] du foyer.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi une chute sans témoin et a été découverte au sol.

Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) a déclaré que la personne résidente avait été soulevée physiquement à partir du sol par deux membres du personnel et placée sur le lit. Au moment du transfert, la personne résidente était incapable de supporter son poids et éprouvait de la douleur.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le personnel n'avait pas transféré la personne résidente conformément à la politique du foyer Falls Prevention and Management Policy [politique sur la prévention et la gestion des chutes] concernant la mesure sans aucun levage.

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

Lorsque le personnel n'a pas respecté les techniques de transfert sécuritaire décrites dans la politique, cela représentait un risque de blessure.

Sources : Falls Prevention and Management Policy [politique sur la prévention et la gestion des chutes] (VII-G-30.10, dernière révision en août 2024), document définissant « aucun levage », dossiers cliniques d'une personne résidente, et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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. Par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoit au minimum des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance postérieure à la chute de la personne résidente n° 001.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que la politique du foyer Falls Prevention and Management [prévention et de gestion des chutes] est respectée.

Selon la politique du foyer Falls Prevention and Management [prévention et de gestion des chutes], numéro de politique VII-G-30.10, dernière révision en août 2024, le personnel autorisé

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

doit amorcer une routine de soins en cas de traumatisme crânien si la personne résidente tombe sans témoin.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi une chute sans témoin et a été découverte au sol. L'évaluation postérieure à la chute de la routine de soins en cas de traumatisme crânien pour la personne résidente n'a pas été remplie.

Le ou la DSI a confirmé qu'une évaluation de routine de soins en cas de traumatisme crânien n'avait pas été remplie pour la personne résidente après sa chute et que cela aurait dû être fait.

Lorsque la personne résidente n'a pas reçu de surveillance selon la routine de soins en cas de traumatisme crânien après sa chute sans témoin, elle était à risque de présenter des lésions non décelées.

Sources : Falls Prevention and Management Policy [politique sur la prévention et la gestion des chutes] (VII-G-30.10 – dernière révision en août 2024), dossiers cliniques d'une personne résidente, et entretiens avec le personnel.