



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., Suite 420
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée**

**Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 11 août 2016	Numéro d'inspection 2016_346133_0029	N° de registre 019323-16, 016633-16	Type d'inspection Incident critique
Titulaire de permis GENESIS GARDENS INC. 438, CHEMIN PRESLAND, OTTAWA ON K1K 2B5			
Foyer de soins de longue durée FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME 1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0			
Nom de l'inspectrice JESSICA LAPENSÉE (133)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 20 et 21 juillet 2016.

Cette inspection d'incidents critiques concerne trois rapports d'incidents critiques que le foyer a soumis concernant des évacuations non planifiées.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, la directrice des soins, et deux personnes résidentes.

L'inspectrice a examiné les renseignements contenus dans trois rapports d'incident critique. L'inspectrice a examiné les plans de mesures d'urgence en place au moment de l'inspection qui prévoyaient la façon de traiter les incendies et l'évacuation du foyer. L'inspectrice a examiné le plan révisé de mesures d'urgence du foyer qui prévoit la façon de traiter les incendies, également appelé plan de sécurité incendie, et qui était sous forme d'ébauche.

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

Intervention en cas d'incident critique
Foyer sûr et sécuritaire

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

2 AE
1 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 107 du Règl. de l'Ont. 79/10
Rapports : incidents graves

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 107 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

- 1. Une situation d'urgence, notamment un incendie, une évacuation non planifiée ou l'accueil de personnes évacuées. Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**
- 2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide. Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**
- 3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus. Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**
- 4. Un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état peu importe la durée de sa disparition. Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**
- 5. Il s'est déclaré une maladie à déclaration obligatoire ou une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**
- 6. La contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1); Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**

Par. 107 (2) Si le titulaire de permis est tenu de faire un rapport immédiatement en application du paragraphe (1) en dehors des heures de bureau, il le fait en ayant recours à la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence en vigueur au ministère. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (2).

Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à l'alinéa 107 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10, car il n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé d'une évacuation non planifiée.**

D'après un rapport d'incident critique, il y a eu au foyer une évacuation non planifiée le samedi 25 juin 2016. Toutes les personnes résidentes de l'aile B ont été déplacées dans le salon principal en réaction au déclenchement d'un avertisseur d'incendie provoqué par les détecteurs de chaleur du grenier. Le service d'incendie est intervenu et a permis aux personnes résidentes de retourner à l'aile B sans incident. Le rapport d'incident critique a été soumis par l'administrateur via le Système de rapport d'incidents critiques, le lundi 27 juin 2016.

Le 21 juillet 2016, l'administrateur a avoué à l'inspectrice que l'évacuation non planifiée n'avait pas été immédiatement signalée. [par. 107 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer au paragraphe 107 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10, car il n'a pas veillé à ce que deux évacuations non planifiées qui se sont produites en dehors des heures de bureau fussent signalées en utilisant la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence en vigueur au ministère.

Conformément à l'alinéa 107 (1) 1 du Règl. de l'Ont., le titulaire de permis doit signaler immédiatement les évacuations non planifiées.

Les évacuations non planifiées et tous les autres incidents critiques qui nécessitent un signalement immédiat, et qui se produisent après les heures de bureau, doivent être signalés en téléphonant au numéro du téléavertisseur à utiliser après les heures de bureau. Cette marche à suivre est entrée en vigueur en 2007. Plus récemment, le 12 février 2015, une note de service a été envoyée à tous les titulaires de permis et administrateurs de foyer de soins de longue durée; cette note de service passait en revue les exigences en matière de déclaration pour les incidents à déclaration obligatoire et pour les incidents critiques, y compris l'utilisation du téléavertisseur après les heures de bureau.

Selon un rapport d'incident critique, une évacuation non planifiée a eu lieu au foyer le samedi 28 mai 2016. Toutes les personnes résidentes ont été déplacées à l'extérieur du bâtiment en réaction au déclenchement d'un avertisseur d'incendie provoqué par les détecteurs de chaleur du grenier. Le service d'incendie est intervenu et a autorisé le retour dans le bâtiment sans incident. L'évacuation a été immédiatement signalée, car l'administrateur a soumis un rapport d'incident critique le jour de l'évacuation via le Système de rapport d'incidents critiques (SIC), toutefois l'évacuation n'a pas été signalée à l'aide du téléavertisseur à utiliser après les heures de bureau. Le SIC ne fait pas l'objet d'un suivi en dehors des heures normales de bureau.

Selon un rapport d'incident critique, une évacuation non planifiée a eu lieu au foyer le samedi 18 juin 2016. Toutes les personnes résidentes ont été déplacées dans le salon principal en réaction au déclenchement d'un avertisseur d'incendie provoqué par les détecteurs de chaleur du grenier. Le service d'incendie est intervenu et a autorisé les personnes résidentes à retourner dans les unités de soins sans incident. L'évacuation a été immédiatement signalée, car l'administrateur a soumis un rapport d'incident critique le jour de l'évacuation via le Système de rapport d'incidents critiques (SIC), toutefois l'évacuation n'a pas été signalée à l'aide du téléavertisseur à utiliser après les heures de bureau. Le SIC ne fait pas l'objet d'un suivi en dehors des heures normales de bureau.

Le 21 juillet 2016, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il n'était pas au courant de la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence en vigueur au ministère. [par. 107 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle lorsque le directeur doit être immédiatement informé d'un incident critique, on fait le rapport immédiatement et, si l'incident a lieu après les heures normales de bureau, on fait le rapport en utilisant la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence en vigueur au ministère. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 230 du Règl. de l'Ont. 79/10
Rapports : Plans de mesures d'urgence**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 230 (6) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient évalués et mis à jour au moins une fois par année et, notamment, à ce que soient mises à jour les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (6).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 230 (6) du Règl. de l'Ont. 79/10, car il n'a pas veillé à ce que les plans de mesure d'urgence soient évalués et mis à jour au moins une fois par année, et à ce que soient mises à jour les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence.

D'après les rapports d'incident critique soumis au MSSLD, il y a eu au foyer des évacuations non planifiées les 28 mai, et 18 et 25 juin 2016. L'évacuation de mai était une évaluation totale, à l'extérieur du bâtiment, et les évacuations de juin étaient des évacuations partielles dans le salon principal. Les évacuations étaient la conséquence du déclenchement d'un avertisseur d'incendie provoqué par les détecteurs de chaleur du grenier. Il n'y a pas eu d'incendie dans aucun des cas.

Le 20 juillet 2016, l'inspectrice a demandé à l'administrateur de fournir le plan de mesures d'urgence du foyer qui prévoit la façon de traiter les incendies et l'évacuation du foyer. L'administrateur a indiqué que le plan de mesures d'urgence qui prévoit la façon de traiter les incendies était en cours de révision en collaboration avec le service des incendies local. Le 21 juillet 2016, l'administrateur a fait savoir que l'ébauche finale avait été fournie par courriel au chef des pompiers.

Le plan de mesures d'urgence en place au moment de l'inspection qui prévoyait la façon de traiter les incendies et l'évacuation du foyer, tel qu'il a été fourni par l'administrateur, avait été examiné pour la dernière fois par la directrice des soins en 2013. La directrice des soins a expliqué à l'inspectrice qu'il ne lui appartenait pas de mettre à jour les plans, et qu'elle ne les examinait pas tous les ans. L'administrateur a indiqué qu'il avait commencé à occuper le poste en 2013, et qu'il n'y avait pas de marche à suivre en place pour veiller à ce que les plans de mesures d'urgence soient évalués et mis à jour au moins une fois par année. Il a expliqué qu'il était désormais au courant de l'exigence, et qu'il avait choisi de commencer par le plan de mesures d'urgence qui prévoit la façon de traiter les incendies.

On a remarqué que les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence pour les personnes résidentes et pour le personnel étaient à jour au moment de l'inspection. [par. 230 (6)]

Émis le 11 août 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.