



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

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

**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**

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la  
performance du système de santé  
Direction de l'amélioration de la performance et  
de la conformité

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St 4th Floor  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
30 juillet 2015	2015_288549_0020	O-002129-15, O-002297-15	Plainte

**Titulaire de permis**

BRUYERE CONTINUING CARE INC.  
43, RUE BRUYERE, OTTAWA (ONTARIO) K1N 5C8

**Foyer de soins de longue durée**

RESIDENCE SAINT- LOUIS  
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA (ONTARIO) K1C 2Z6

**Inspecteur(s)/Inspectrice(s)**

RENA BOWEN (549)

**Résumé de l'inspection**



Cette inspection a été menée à la suite d'une plainte.

Cette inspection s'est tenue les 24, 27 et 28 juillet 2015.

Un incident grave a simultanément fait l'objet de l'inspection.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec des résidents, des membres de leurs familles, plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs infirmières autorisées (IA), le superviseur des services auxiliaires, l'ancien directeur des soins, le chef des services cliniques, l'administrateur et chef des services cliniques, ainsi que l'administrateur.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé de plusieurs résidents, les dossiers d'administration des médicaments, la politique du foyer concernant l'administration des médicaments, la documentation de la formation offerte au personnel autorisé, la documentation des enquêtes sur les incidents allégués de mauvais traitement et de négligence; elle a observé les soins fournis et le dispositif de verrouillage des portes de chambre des résidents.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

- foyer sûr et sécuritaire;
- médicaments;
- prévention;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- services d'hébergement – buanderie;
- services de soutien personnel.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

- 5 AE
- 4 PRV
- 0 OC
- 0 RD
- 0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :**

- a) un objectif du programme est réalisé;**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le résident 2 a été admis au foyer un jour particulier de mai 2012. Le résident souffre de faiblesse d'un côté du corps et a un usage limité d'une extrémité. Les capacités de communication du résident sont extrêmement limitées. Toutes les activités de la vie quotidienne du résident 2 sont accomplies par le personnel du foyer ou par un membre de la famille du résident.

Le 24 juillet 2015, l'IAA 100 a indiqué à l'inspectrice 549 que le programme de soins écrit du résident se trouvait dans le classeur des PSSP avec les feuilles de cheminement du résident. La PSSP 101 a également indiqué que le programme de soins écrit des résidents était dans le classeur de feuilles de cheminement des PSSP. L'actuel programme de soins écrit du résident 2 a été fourni à l'inspectrice par l'IAA 100. L'inspectrice 549 a constaté que le programme de soins écrit du résident 2 était daté d'un jour de mai 2014.

Lors d'un entretien téléphonique un jour de juillet 2015, le procureur aux soins du résident a indiqué à l'inspectrice 549 que le résident ne prenait pas de douches, qu'il prenait des bains un jour particulier de la semaine et qu'on lui faisait des toilettes complètes au lit un autre jour de la semaine. Lors d'un entretien le 24 juillet 2015, la PSSP 101 a indiqué que le résident 2 avait reçu sa toilette au lit ce matin-là. Lors d'un entretien, l'employé 106, qui a été directeur des soins au foyer jusqu'à la fin de juin 2015, a confirmé à l'inspectrice 549 que le résident recevait un bain un jour particulier de la semaine et qu'on lui faisait sa toilette au lit un autre jour de la semaine. L'actuel programme de soins écrit précise que le résident doit prendre deux bains ou une douche chaque semaine.

Le PSSP 107 a indiqué à l'inspectrice 549 que le résident 2 devait porter un vêtement particulier par-dessus le produit pour incontinence durant un quart de travail particulier. Lors d'un entretien, l'employé 106 a confirmé à l'inspectrice 549 que le résident devait porter un vêtement particulier par-dessus le produit pour incontinence durant un quart de travail particulier pour empêcher le résident de mettre les mains dans le produit pour incontinence durant un quart de travail particulier. L'actuel programme de soins écrit précise que le résident n'utilise que des couches jetables ou réutilisables.

Lors d'un entretien un jour de juillet 2015, le procureur aux soins du résident 2 a indiqué que la tête du lit du résident devait être élevée quand il est au lit. L'employé 106 a confirmé à l'inspectrice 549 que le résident devait toujours avoir sa tête de lit élevée lorsqu'il est au lit.

L'actuel programme de soins du résident ne précise pas que la tête du lit du résident doit toujours être élevée quand il est au lit.

Le 24 juillet 2015, la PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 549 qu'on n'avait pas fait sa toilette au résident, que le personnel changeait le produit pour incontinence du résident et lui fournissait des soins périnéaux. La PSSP 101 a indiqué que le résident était totalement dépendant pour tous les soins dont il a besoin.

Lors d'un entretien le 27 juillet 2015, le PSSP 107 a indiqué à l'inspectrice 549 que le résident était totalement dépendant du personnel soignant pour les activités de la vie quotidienne. Le PSSP 107, qui travaille le quart de soir, a indiqué que le résident ne reçoit pas d'aide pour aller aux toilettes.

L'actuel programme de soins écrit indique que le résident 2 reçoit de l'aide pour éliminer, qu'il ne doit pas être laissé seul sur la toilette et qu'il doit aller aux toilettes à la même heure chaque jour.

L'inspectrice 549 a examiné l'actuel programme de soins écrit avec l'employé 106. L'employé 106 a confirmé à l'inspectrice 549 que le programme de soins écrit du résident 2 avait été mis à jour pour la dernière fois un jour de mai 2014 et qu'il n'avait pas été mis à jour en ce qui concerne l'aide pour aller aux toilettes, le bain, l'élévation de la tête du lit et le port d'un vêtement particulier durant un quart de travail particulier.

L'employé 106 a indiqué le foyer exigeait que le résident soit réévalué et que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires ou lorsque les soins prévus se sont révélés inefficaces. (Registre O-002297-15) [alinéa 6 (10) b)]

#### **Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins écrit du résident 2 soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 9 (Portes).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**

**3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.**

#### **Constatations :**

**1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les verrous des portes de chambre des résidents puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.**

Les portes de chambre à coucher des aires résidentielles de l'ensemble du bâtiment sont dotées d'un dispositif de verrouillage à l'extérieur, du côté du couloir, et d'une barrette tournante à l'intérieur. Quand la barrette tournante à l'intérieur est engagée, l'entrée dans la chambre depuis l'extérieur du côté du couloir n'est possible qu'en utilisant une clé pour déverrouiller le dispositif ou, s'il s'agit d'une chambre pour deux personnes, il est possible d'y entrer par la salle de bain commune.

Le 27 juillet 2015, l'inspectrice 549 était dans l'une des unités pour interroger le résident 1. Quand l'inspectrice s'est rendue à la porte de la chambre du résident, elle a trouvé celle-ci verrouillée. L'inspectrice 549 a frappé à la porte plusieurs fois sans obtenir de réponse. L'inspectrice a demandé aux PSSP si le résident avait quitté l'unité. Les PSSP ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas déverrouiller la porte pour vérifier car ils n'ont pas de clé, mais ils ont dit à l'inspectrice de demander au personnel autorisé de la déverrouiller puisqu'il a une clé. L'administrateur et chef des services cliniques ont déverrouillé la porte du résident. Le résident 1 y a été trouvé endormi.

Les PSSP ont indiqué à l'inspectrice que s'ils avaient besoin d'entrer d'urgence dans la chambre d'un résident qui est hébergé en chambre à un lit, ils demanderaient au personnel autorisé ou ils appelleraient le service d'entretien pour pouvoir y entrer. Les PSSP ont indiqué que certaines chambres à coucher avaient une salle de bain commune par laquelle ils pouvaient accéder à la chambre à coucher.

Le 27 juillet 2015, l'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice que les PSSP n'avaient pas les clés des chambres à coucher et qu'ils savaient qu'ils devaient venir le voir pour faire ouvrir une porte de chambre si celle-ci était verrouillée.

Le 27 juillet 2015, l'administrateur et chef des services cliniques a confirmé à l'inspectrice 549 que les PSSP n'avaient pas accès à une clé pour déverrouiller les portes de chambre depuis le couloir extérieur en cas d'urgence. L'administrateur et chef des services cliniques a également indiqué qu'à l'heure actuelle, au foyer, il y avait environ dix résidents qui verrouillaient leur porte de chambre.

Le 27 juillet 2015, lors d'un entretien, l'administrateur a confirmé à l'inspectrice 549 que le foyer allait faire le nécessaire pour donner aux PSSP l'accès aux clés pour que les serrures des portes de chambre à coucher puissent aisément être désengagées de l'extérieur en cas d'urgence.

[alinéa 9 (1) 3]

#### **Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que toutes les portes de chambre à coucher soient aisément***

**désengagées de l'extérieur en cas d'urgence. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.**

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 32. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.**

### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 2 reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Le résident 2 a une déficience cognitive et est totalement dépendant du personnel pour toutes les activités de la vie quotidienne.

Lors d'un entretien téléphonique un jour particulier de juillet 2015, le procureur aux soins du résident 2 a indiqué à l'inspectrice 549 qu'un jour particulier de juillet 2015, il était venu au foyer rendre visite au résident, qu'il a trouvé assis dans un fauteuil roulant dans la salle à manger après avoir terminé un repas. Le procureur aux soins a indiqué que lorsqu'il est allé raccompagner le résident à sa chambre, il a remarqué que le résident avait des matières fécales sèches sur les mains et sous les ongles.

Le 24 juillet 2015, la PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 549 qu'elle savait que le résident avait eu des matières fécales sur les mains et sous les ongles dans le passé. La PSSP 101 a également indiqué qu'elle fournissait des soins des mains et des ongles durant les soins du matin, avant les repas et après les repas, précisément pour cette raison. La PSSP 101 a indiqué que le résident ne résistait pas lorsqu'elle lui fournissait les soins des mains et des ongles.

Le 24 juillet 2015, l'inspectrice a constaté à deux reprises que le résident 2 avait les mains et les ongles propres. Elle a noté que les ongles du résident semblaient avoir une tache jaune à la surface.

Lors d'un entretien le 24 juillet 2015, l'IAA 100 a indiqué à l'inspectrice que le procureur aux soins était venu au poste infirmier après le service d'un repas un jour particulier de juillet 2015 pour montrer à l'IAA 100 que les mains et les ongles du résident 2 étaient couverts de matières fécales sèches.

Lors d'un entretien le 27 juillet 2015, l'IA 104 a indiqué à l'inspectrice que le procureur aux soins était venu au poste infirmier après le service d'un repas un jour particulier de juillet 2015 pour lui montrer que les mains et les ongles du résident 2 étaient couverts de matières fécales sèches après le service du déjeuner. L'IA 104 a confirmé qu'elle avait emmené le résident avec le procureur aux soins et trempé les mains du résident dans l'eau pour lui nettoyer le dessous des ongles.

L'IAA 100 et l'IA 104 ont indiqué à l'inspectrice 549 que selon la règle établie, le résident devait toujours avoir les mains et les ongles propres.

Le 25 juillet 2015, l'administrateur et chef des services cliniques a confirmé que, selon la règle en vigueur au foyer, le résident 2 recevait tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. (Registre O-002297-15) [art. 32]

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le résident 1, qui a une déficience cognitive, a été admis au foyer un jour particulier de février 2012.

Un examen des ordres du médecin et des dossiers d'administration des médicaments pour une période particulière indique que le résident a reçu une ordonnance pour l'application et le retrait de timbres médicamenteux à des heures particulières.

Lors d'un entretien, l'employé 106 a indiqué à l'inspectrice 549 qu'un jour de mai 2015, le procureur aux soins du résident 1 a observé la présence de deux timbres médicamenteux sur le corps du résident. L'employé 106 a confirmé que l'IAA 111 n'avait pas retiré le timbre médicamenteux à l'heure précisée un jour particulier de mai 2015, contrairement à l'ordonnance du médecin, et un nouveau timbre médicamenteux a été appliqué comme prescrit par le médecin un jour particulier de mai 2015 à une heure particulière. En conséquence, le résident 1 avait deux timbres médicamenteux un matin particulier de mai 2015.

Durant le même entretien, l'employé 106 a indiqué à l'inspectrice qu'à deux dates particulières d'avril 2015, le procureur aux soins a remarqué deux timbres médicamenteux sur le corps du résident 1. L'employé 106 a confirmé que l'IAA 112 n'avait pas retiré le timbre médicamenteux aux deux dates particulières d'avril 2015, contrairement à l'ordonnance du médecin.

L'employé 106 a indiqué à l'inspectrice 549 que les deux membres du personnel autorisé l'avaient reconstruite et qu'un plan de recyclage et de perfectionnement avait été établi pour l'administration sécuritaire des médicaments. (Registre O-002129-15) [par. 131 (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le timbre de nitroglycérine du résident 1 soit administré conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 23 (Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**23. (2) Le titulaire de permis fait rapport au directeur sur les résultats de chaque enquête menée aux termes de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise aux termes de l'alinéa (1) b), 2007, chap. 8, par. 23 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats de l'enquête sur les mauvais traitements et la négligence soient communiqués au directeur.

Le foyer a présenté un rapport d'incident critique au directeur un jour particulier de mai 2015 pour informer le directeur d'un incident allégué de mauvais traitement et de négligence envers le résident 2 de la part d'un membre du personnel.

L'administrateur et chef des services cliniques a immédiatement mené une enquête sur l'incident allégué de mauvais traitement et de négligence. L'inspectrice 549 a examiné la documentation du foyer l'enquête menée.

Un jour particulier de mai 2015, l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage a demandé au foyer de faire connaître les résultats de l'enquête interne sur les allégations de mauvais traitement et de négligence et des mesures prises pour améliorer le rendement du personnel et prévenir toute récurrence.



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

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

**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***

Lors d'un entretien le 24 juillet 2015, l'administrateur et chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 549 que le résultat de l'enquête concluait que le PSSP n'avait pas maltraité ou négligé le résident 2.

Le 24 juillet 2015, l'administrateur ou chef des services cliniques a confirmé avec l'inspectrice 549 que le foyer n'avait pas communiqué au directeur les résultats de l'enquête sur l'incident allégué de mauvais traitement et de négligence envers le résident 2. (Registre O-002297-15) [par. 23 (2)]

---

Date de délivrance : 30 juillet 2015

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.