



**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^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
17 novembre 2015	2015_381592_0022	O-002708-15	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

BRUYERE CONTINUING CARE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

RÉSIDENCE SAINT- LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C 2Z6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MELANIE SARRAZIN (592)

Résumé de l'inspection



**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***

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques.

Cette inspection s'est tenue les 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18 et 21 septembre 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice, l'ergothérapeute, le superviseur de garde, des infirmières autorisées (IA), une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), un préposé aux services de soutien personnel (PSSP) et un membre de la famille.

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

foyer sûr et sécuritaire;
rapports et plaintes;
réponse aux incidents graves;
services de soutien personnel.

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

3 AE
1 PRV
1 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

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

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée 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 :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**
b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

1. Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (2) et alinéa 230 (4) vii, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient par écrit. Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient la façon de traiter les disparitions de résidents.

De plus, conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b), lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée 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 4 septembre 2015, la politique « code jaune : personne disparue » (*Code Yellow: Missing Person*), élaborée en décembre 2013 et révisée en novembre 2014, était en place. Cette politique contenait des directives à

l'intention du personnel au sujet de la marche à suivre lorsqu'une personne est considérée comme disparue, ce qui, dans cette politique, s'entend d'une « personne qui n'est pas là où l'on s'attend à le trouver ». De plus, cette politique soulignait que les situations qui mettent en danger les résidents qui ne sont pas localisés (p. ex., une personne qui a besoin de médicaments pour survivre) ou qui ont un diagnostic de risque élevé connu devaient être considérées comme critiques et qu'un code jaune devait être annoncé dès qu'il était confirmé qu'un résident n'était pas là où l'on s'attendait à le trouver.

Selon la procédure du code jaune qui était en place le 4 septembre 2015, le personnel désigné était tenu, en entendant l'annonce du code jaune, de mener des recherches à différents endroits et de prévenir l'équipe d'intervention d'urgence ainsi que la sécurité. Si le résident n'était pas retrouvé, il fallait appeler le 911, la police devait s'occuper elle-même des recherches et le code jaune devait être levé tandis que le personnel maintenait une liaison avec la police jusqu'à ce que le résident soit retrouvé.

Un jour de septembre 2015, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique du code jaune (*Code Yellow: Missing Person*) lorsqu'il a été confirmé que le résident n° 001 n'était pas rentré d'un congé autorisé dans le délai prévu. Selon la politique du foyer relative au code jaune, le résident n'était pas là où l'on s'attendait à le trouver ».

Voici un résumé de l'information recueillie sur l'incident :

À 16 h : l'IA 100 est entrée dans la chambre du résident 001 pour lui administrer son médicament de 16 h et prendre sa glycémie. Elle a constaté que, contrairement à ce qui était prévu, le résident 001 n'était pas dans sa chambre. L'IAA 100 a vérifié les signatures dans le registre des entrées et des sorties, le rapport quotidien et les dossiers des derniers jours, mais rien n'indiquait où le résident 001 se trouvait. Tout ce qu'elle savait, c'était que le résident 001 avait été vu pour la dernière fois à l'heure du déjeuner, à midi, pour l'administration de ses médicaments, qu'il était mentalement capable, qu'il faisait avancer son fauteuil roulant électrique, qu'il avait besoin d'un traitement pour une plaie et qu'il prenait des médicaments pour ses affections. Le résident 001 était connu pour avoir l'habitude d'aller régulièrement dehors, non accompagné, avec son fauteuil roulant électrique, sans noter ses sorties dans le registre. Il était rare aussi que le résident 001 laisse savoir aux membres du personnel à quel endroit il était.

Vers 16 h 20 : l'IA 101, après avoir été informée que le résident 001 avait disparu, a demandé à l'IAA 100 d'attendre avant d'activer la politique du code jaune car l'IA 101 s'attendait à ce que le résident 001 retourne au foyer pour dîner vers 17 h, comme il avait l'habitude de le faire.

Entre 17 h 30 et 17 h 45 : Au non-retour du résident 001, l'IAA 100 a été priée par l'IA 101 de contacter la famille du résident. L'IAA 100 a essayé de joindre des membres de la famille du résident par téléphone et a laissé des messages dans leur boîte vocale leur demandant de rappeler le foyer pour discuter des allées et venues du résident 001. L'IAA 100 a été incapable de joindre un membre de la famille car le numéro de téléphone n'était plus en service.

Vers 19 h : Un membre de la famille (le mandataire spécial) a rappelé le foyer et confirmé à l'IAA 100 que la famille n'était pas avec le résident 001. L'IA 101, qui passait par là a pris le téléphone et le membre de la famille du résident 001 lui a dit de faire le nécessaire pour trouver son parent. Après avoir raccroché, l'IA 101 a

demandé à l'IAA 100 de ne pas contacter la police pour le moment, car le résident 001 était connu pour l'habitude qu'il avait de ne pas informer le personnel de ses allées et venues. L'IA 101 a prié l'IA 100 de mener une recherche, avec l'aide de PSSP, à l'étage particulier où se trouvait la chambre du résident 001. Cette recherche n'a pas permis de trouver le résident 001.

Vers 20 h : l'IAA 100 a demandé au gardien de sécurité de faire une recherche à l'extérieur dans les environs du foyer pour tenter de trouver le résident 001. Le gardien a utilisé sa voiture personnelle pour cette recherche à l'extérieur dans l'obscurité, sortant du véhicule de place en place et utilisant ses feux de route pour éclairer la nuit.

Vers 20 h 30 : le gardien est revenu et a indiqué à l'IAA 100 et à l'IA 101 que la recherche à l'extérieur était terminée mais que le résident 001 n'avait pas été retrouvé. Dans l'intervalle, le superviseur de garde avait été informé par l'IA 101 que personne n'avait vu le résident 001 depuis 16 h. Le superviseur de garde a prié l'IA 101 de mener une recherche complète sur le terrain du foyer et lui a demandé de contacter la police à 21 h 30 si à ce moment-là le résident restait introuvable et n'était pas rentré au foyer.

Après avoir reçu les directives du superviseur de garde, l'IA 101 a dit au gardien de sécurité que la police ne serait pas alertée avant 21 h 30 puisque le résident 001 était un adulte qui avait toutes ses facultés mentales.

Vers 21 h 30 : l'IA 101 a appelé le Service de police d'Ottawa pour l'informer de la disparition du résident 001.

Entre 21 h 45 et 22 h : le superviseur de garde a contacté le responsable clinique hors site qui était de garde pour l'informer de la disparition du résident 001.

Vers 22 h 20 : deux policiers sont arrivés au foyer et ont interrogé des membres du personnel du foyer.

Vers 23 h 15 : cinq policiers ont pris en charge toute la recherche à l'intérieur du bâtiment avec le personnel du foyer pour essayer de localiser le résident 001. Une fois la recherche à l'intérieur terminée, une recherche à l'extérieur a été menée par les policiers.

Vers 1 h du matin : des agents de la Police d'Ottawa ont retrouvé le corps sans vie du résident 001 dehors, sur le terrain de la résidence.

L'examen du dossier de santé du résident 001 a révélé que le résident était capable et qu'il prenait lui-même ses décisions.

Aucune documentation n'a été trouvée dans les notes d'évolution pour une période particulière de 2015, quand le résident 001 quittait l'unité. Aucune documentation n'a été trouvée dans le programme de soins actuel du résident au sujet des tendances en matière de congés et de la permission de sortir non accompagné. Le programme de soins ne faisait pas mention de l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique ni de la capacité du résident 001 à le manœuvrer lui-même.

Le 9 septembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle se serait attendue à ce que le personnel active le code jaune lorsque la disparition du résident a été remarquée à 16 h. [alinéa 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « *Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice* ».

AE n° 2 : 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. (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 suit :

- a) les soins prévus pour le résident;**
- b) les objectifs que visent les soins;**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

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. Un jour de septembre 2015, le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de soins écrit, qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 001.

Voici un résumé de l'information recueillie sur l'incident :

À 16 h : l'IA 100 est entrée dans la chambre du résident 001 pour lui administrer son médicament de 16 h et prendre sa glycémie. Elle a constaté que, contrairement à ce qui était prévu, le résident 001 n'était pas dans sa chambre. L'IAA 100 a vérifié les signatures dans le registre des entrées et des sorties, le rapport quotidien et les dossiers des derniers jours, mais rien n'indiquait où le résident 001 se trouvait. Tout ce qu'elle savait, c'était que le résident 001 avait été vu pour la dernière fois à l'heure du déjeuner, à midi, pour l'administration de ses médicaments, qu'il était mentalement capable, qu'il faisait avancer son fauteuil roulant électrique, qu'il avait besoin d'un traitement pour une plaie et qu'il prenait des médicaments pour ses affections. Le résident 001 était connu pour avoir l'habitude d'aller régulièrement dehors, non accompagné, avec son fauteuil roulant électrique, sans noter ses sorties dans le registre. Il était rare aussi que le résident 001 laisse savoir aux membres du personnel à quel endroit il était.

Vers 16 h 20 : l'IA 101, après avoir été informée que le résident 001 avait disparu, a demandé à l'IAA 100 d'attendre avant d'activer la politique du code jaune car l'IA 101 s'attendait à ce que le résident 001 retourne au foyer pour dîner vers 17 h, comme il avait l'habitude de le faire.

Entre 17 h 30 et 17 h 45 : Au non-retour du résident 001, l'IAA 100 a été priée par l'IA 101 de contacter la famille du résident. L'IAA 100 a essayé de joindre des membres de la famille du résident par téléphone et a laissé des messages dans leur boîte vocale leur demandant de rappeler le foyer pour discuter des allées et venues du résident 001. L'IAA 100 a été incapable de joindre un membre de la famille car le numéro de téléphone n'était plus en service.

Vers 19 h : Un membre de la famille (le mandataire spécial) a rappelé le foyer et confirmé à l'IAA 100 que la famille n'était pas avec le résident 001. L'IA 101, qui passait par là a pris le téléphone et le membre de la famille du résident 001 lui a dit de faire le nécessaire pour trouver son parent. Après avoir raccroché, l'IA 101 a demandé à l'IAA 100 de ne pas contacter la police pour le moment, car le résident 001 était connu pour l'habitude qu'il avait de ne pas informer le personnel de ses allées et venues. L'IA 101 a prié l'IAA 100 de mener une recherche, avec l'aide de PSSP, à l'étage particulier où se trouvait la chambre du résident 001. Cette recherche n'a pas permis de trouver le résident 001.

Vers 20 h : l'IAA 100 a demandé au gardien de sécurité de faire une recherche à l'extérieur dans les environs du foyer pour tenter de trouver le résident 001. Le gardien a utilisé sa voiture personnelle pour cette recherche à l'extérieur dans l'obscurité, sortant du véhicule de place en place et utilisant ses feux de route pour éclairer la nuit.

Vers 20 h 30 : le gardien est revenu et a indiqué à l'IAA 100 et à l'IA 101 que la recherche à l'extérieur était terminée mais que le résident 001 n'avait pas été retrouvé. Dans l'intervalle, le superviseur de garde avait été informé par l'IA 101 que personne n'avait vu le résident 001 depuis 16 h. Le superviseur de garde a prié l'IA 101 de mener une recherche complète sur le terrain du foyer et lui a demandé de contacter la police à 21 h 30 si à ce moment-là le résident restait introuvable et n'était pas rentré au foyer.

Après avoir reçu les directives du superviseur de garde, l'IA 101 a dit au gardien de sécurité que la police ne serait pas alertée avant 21 h 30 puisque le résident 001 était un adulte qui avait toutes ses facultés mentales.

Vers 21 h 30 : l'IA 101 a appelé le Service de police d'Ottawa pour l'informer de la disparition du résident 001.

Entre 21 h 45 et 22 h : le superviseur de garde a contacté le responsable clinique hors site qui était de garde pour l'informer de la disparition du résident 001.

Vers 22 h 20 : deux policiers sont arrivés au foyer et ont interrogé des membres du personnel du foyer.

Vers 23 h 15 : cinq policiers ont pris en charge toute la recherche à l'intérieur du bâtiment avec le personnel du foyer pour essayer de localiser le résident 001. Une fois la recherche à l'intérieur terminée, une recherche à l'extérieur a été menée par les policiers.



Vers 1 h du matin : des agents de la Police d'Ottawa ont retrouvé le corps sans vie du résident 001 dehors, sur le terrain de la résidence.

Le résident 001 était connu pour avoir l'habitude d'aller régulièrement dehors, non accompagné, avec son fauteuil roulant électrique, sans noter ses sorties dans le registre.

Il était rare aussi que le résident 001 laisse savoir aux membres du personnel à quel endroit il était. L'examen du dossier de santé du résident 001 a révélé que le résident 001 avait été diagnostiqué de multiples affections mais qu'il était capable et qu'il prenait lui-même ses décisions.

Le programme de soins actuel ne contenait pas de directives claires concernant la permission de sortir non accompagné, ce que le résident 001 faisait fréquemment selon les entretiens qui ont eu lieu avec le personnel. Le programme de soins ne contenait pas de directives claires concernant l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique et la capacité du résident 001 à le manœuvrer lui-même.

Le programme de soins actuel ne contenait pas de directives claires concernant les sorties du résident 001, la durée permise et les procédures d'urgence à suivre en cas de non-retour du résident.

Le programme de soins ne contenait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident dans la mesure où le programme de soins ne précisait pas :

- a) les antécédents du résident 001 concernant ses sorties;
- b) les mesures à prendre pour surveiller et gérer les comportements du résident 001 lors de ses sorties;
- c) l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique par le résident 001 et sa capacité à le manœuvrer lui-même.

Le 9 septembre 2015, l'administratrice a affirmé à l'inspectrice 592 qu'elle avait été incapable de trouver, dans le programme de soins actuel du résident 001, des directives claires concernant l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique et les sorties du résident. [alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 6 (10) b), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins en matière de soins ont évolué ou lorsqu'il s'est avéré que les soins prévus dans le programme de soins n'étaient plus nécessaires.

Le programme de soins écrit concernant la mobilité indique que le résident 001 n'a pas besoin d'aide pour se déplacer, qu'il continue à être passablement autonome et qu'il conduit sa voiture lorsqu'il sort chaque semaine.

Le programme de soins n'a pas été réexaminé ni révisé lorsque les besoins du résident 001 en matière de mobilité ont évolué et que le résident a commencé à utiliser un fauteuil roulant électrique. Le programme de soins ne contient aucun renseignement concernant des appareils d'aide à la mobilité. [alinéa 6 (10) b)]

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

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 soit adopté, pour les résidents qui ont la permission de faire des sorties et pour les résidents utilisant un appareil d'aide à la mobilité, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus et des directives claires à l'intention des membres du personnel. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).

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

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.**
- 2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.**
- 3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.**
- 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.**
- 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.**
- 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).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsqu'un résident était porté disparu depuis trois heures ou plus et il n'a pas veillé à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4).

Un jour de septembre 2015, le résident 001 a été porté disparu par l'IAA 100.

Vers 1 h du matin, des agents de la Police d'Ottawa ont retrouvé le corps sans vie du résident 001 dehors, sur le terrain de la résidence.

L'examen du rapport d'incident grave du foyer présenté le 18 septembre 2015 a révélé que l'incident était survenu un jour de septembre 2015.



**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***

L'examen du rapport d'incident du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a révélé que le foyer avait appelé l'ECRET (Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage) en dehors des heures normales un autre jour de septembre 2015 et que l'incident n'avait donc pas été signalé immédiatement.

Lors d'une rencontre avec l'inspectrice 592, le 9 septembre 2015, l'administratrice a dit savoir qu'il y avait eu un retard dans la présentation du rapport au directeur. [par. 107 (1)]

Date de délivrance : 27 novembre 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la
Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	MELANIE SARRAZIN (592)
N° de registre :	O-002708-15
N° du rapport d'inspection :	2015_381592_0022
Type d'inspection :	Système de rapport d'incidents critiques
Date du rapport :	17 novembre 2015
Titulaire de permis :	BRUYERE CONTINUING CARE INC.
Foyer de soins de longue durée :	RÉSIDENCE SAINT- LOUIS
Nom de l'administratrice :	Chantal Cameron

Aux termes du présent document, BRUYERE CONTINUING CARE INC. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

Aux termes du/de la :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée 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 :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan qui prévoit ce qui suit :

Une formation de tous les membres du personnel sur la politique et le plan d'urgence concernant le « code jaune : personne disparue ». Cette formation doit être documentée et inclure les mesures suivantes :

1. identifier tous les résidents du foyer qui ont la permission de quitter l'établissement non accompagnés;
2. évaluer ou réévaluer les besoins des résidents qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés, puis réexaminer et, au besoin, réviser le programme de soins en fonction des besoins évalués;
3. mettre à jour et réviser la politique du code jaune pour clarifier les procédures et les interventions requises du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne rentrent pas au foyer aux heures prévues;
4. offrir une formation à tous les membres du personnel pour assurer qu'ils observent la politique du code jaune mise à jour ou révisée;
5. élaborer un processus permanent de surveillance et d'évaluation de l'efficacité de la politique du code jaune pour assurer que le personnel a les connaissances et les compétences requises pour intervenir adéquatement lorsqu'un résident est porté disparu.

Le plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et le nom des personnes chargées de les accomplir.

Si un résident ou quelqu'un d'autre est porté disparue, cette politique doit être mise en œuvre immédiatement et intégralement.

Ce plan doit être présenté par écrit à Melanie Sarrazin, inspectrice de foyer de soins de longue durée, par la poste au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4, ou par télécopieur au 1 813 569-9670, au plus tard le 2 décembre 2015.

Motifs :

1. Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (2) et alinéa 230 (4) vii, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient par écrit. Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient la façon de traiter les disparitions de résidents.

De plus, conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b), lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée 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 4 septembre 2015, la politique « code jaune : personne disparue » (*Code Yellow: Missing Person*), élaborée en décembre 2013 et révisée en novembre 2014, était en place. Cette politique contenait des directives à l'intention du personnel au sujet de la marche à suivre lorsqu'une personne est considérée comme disparue, ce qui, dans cette politique, s'entend d'une « personne qui n'est pas là où l'on s'attend à le trouver ». De plus, cette politique soulignait que les situations qui mettent en danger les résidents qui ne sont pas localisés (p. ex., une personne qui a besoin de médicaments pour survivre) ou qui ont un diagnostic de risque élevé connu devaient être considérées comme critiques et qu'un code jaune devait être annoncé dès qu'il était confirmé qu'un résident n'était pas là où l'on s'attendait à le trouver.

Selon la procédure du code jaune qui était en place le 4 septembre 2015, le personnel désigné était tenu, en entendant l'annonce du code jaune, de mener des recherches à différents endroits et de prévenir l'équipe d'intervention d'urgence ainsi que la sécurité. Si le résident n'était pas retrouvé, il fallait appeler le 911, la police devait s'occuper elle-même des recherches et le code jaune devait être levé tandis que le personnel maintenait une liaison avec la police jusqu'à ce que le résident soit retrouvé.

Un jour de septembre 2015, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique du code jaune (*Code Yellow: Missing Person*) lorsqu'il a été confirmé que le résident n° 001 n'était pas rentré d'un congé autorisé dans le délai prévu. Selon la politique du foyer relative au code jaune, le résident n'était pas là où l'on s'attendait à le trouver ».

Voici un résumé de l'information recueillie sur l'incident :

À 16 h : l'IA 100 est entrée dans la chambre du résident 001 pour lui administrer son médicament de 16 h et prendre sa glycémie. Elle a constaté que, contrairement à ce qui était prévu, le résident 001 n'était pas dans sa chambre. L'IAA 100 a vérifié les signatures dans le registre des entrées et des sorties, le rapport quotidien et les dossiers des derniers jours, mais rien n'indiquait où le résident 001 se trouvait. Tout ce qu'elle savait, c'était que le résident 001 avait été vu pour la dernière fois à l'heure du déjeuner, à midi, pour l'administration de ses médicaments, qu'il était mentalement capable, qu'il faisait avancer son fauteuil roulant électrique, qu'il avait besoin d'un traitement pour une plaie et qu'il prenait des médicaments pour ses affections. Le résident 001 était connu pour avoir l'habitude d'aller régulièrement

dehors, non accompagné, avec son fauteuil roulant électrique, sans noter ses sorties dans le registre. Il était rare aussi que le résident 001 laisse savoir aux membres du personnel à quel endroit il était.

Vers 16 h 20 : l'IA 101, après avoir été informée que le résident 001 avait disparu, a demandé à l'IAA 100 d'attendre avant d'activer la politique du code jaune car l'IA 101 s'attendait à ce que le résident 001 retourne au foyer pour dîner vers 17 h, comme il avait l'habitude de le faire.

Entre 17 h 30 et 17 h 45 : Au non-retour du résident 001, l'IAA 100 a été priée par l'IA 101 de contacter la famille du résident. L'IAA 100 a essayé de joindre des membres de la famille du résident par téléphone et a laissé des messages dans leur boîte vocale leur demandant de rappeler le foyer pour discuter des allées et venues du résident 001. L'IAA 100 a été incapable de joindre un membre de la famille car le numéro de téléphone n'était plus en service.

Vers 19 h : Un membre de la famille (le mandataire spécial) a rappelé le foyer et confirmé à l'IAA 100 que la famille n'était pas avec le résident 001. L'IA 101, qui passait par là a pris le téléphone et le membre de la famille du résident 001 lui a dit de faire le nécessaire pour trouver son parent. Après avoir raccroché, l'IA 101 a demandé à l'IAA 100 de ne pas contacter la police pour le moment, car le résident 001 était connu pour l'habitude qu'il avait de ne pas informer le personnel de ses allées et venues. L'IA 101 a prié l'IAA 100 de mener une recherche, avec l'aide de PSSP, à l'étage particulier où se trouvait la chambre du résident 001. Cette recherche n'a pas permis de trouver le résident 001.

Vers 20 h : l'IAA 100 a demandé au gardien de sécurité de faire une recherche à l'extérieur dans les environs du foyer pour tenter de trouver le résident 001. Le gardien a utilisé sa voiture personnelle pour cette recherche à l'extérieur dans l'obscurité, sortant du véhicule de place en place et utilisant ses feux de route pour éclairer la nuit.

Vers 20 h 30 : le gardien est revenu et a indiqué à l'IAA 100 et à l'IA 101 que la recherche à l'extérieur était terminée mais que le résident 001 n'avait pas été retrouvé. Dans l'intervalle, le superviseur de garde avait été informé par l'IA 101 que personne n'avait vu le résident 001 depuis 16 h. Le superviseur de garde a prié l'IA 101 de mener une recherche complète sur le terrain du foyer et lui a demandé de contacter la police à 21 h 30 si à ce moment-là le résident restait introuvable et n'était pas rentré au foyer.

Après avoir reçu les directives du superviseur de garde, l'IA 101 a dit au gardien de sécurité que la police ne serait pas alertée avant 21 h 30 puisque le résident 001 était un adulte qui avait toutes ses facultés mentales.

Vers 21 h 30 : l'IA 101 a appelé le Service de police d'Ottawa pour l'informer de la disparition du résident 001.

Entre 21 h 45 et 22 h : le superviseur de garde a contacté le responsable clinique hors site qui était de garde pour l'informer de la disparition du résident 001.

Vers 22 h 20 : deux policiers sont arrivés au foyer et ont interrogé des membres du personnel du foyer.

Vers 23 h 15 : cinq policiers ont pris en charge toute la recherche à l'intérieur du bâtiment avec le personnel du foyer pour essayer de localiser le résident 001. Une fois la recherche à l'intérieur terminée, une recherche à l'extérieur a été menée par les policiers.

Vers 1 h du matin : des agents de la Police d'Ottawa ont retrouvé le corps sans vie du résident 001 dehors, sur le terrain de la résidence.

L'examen du dossier de santé du résident 001 a révélé que le résident était capable et qu'il prenait lui-même ses décisions.

Aucune documentation n'a été trouvée dans les notes d'évolution pour une période particulière de 2015, quand le résident 001 quittait l'unité. Aucune documentation n'a été trouvée dans le programme de soins actuel du résident au sujet des tendances en matière de congés et de la permission de sortir non accompagné. Le programme de soins ne faisait pas mention de l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique ni de la capacité du résident 001 à le manœuvrer lui-même.

Le 9 septembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle se serait attendue à ce que le personnel active le code jaune lorsque la disparition du résident a été remarquée à 16 h. (alinéa 8 (1) b) (592)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 21 janvier 2016

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registraire
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 17 novembre 2015

Signature de l'inspecteur :

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par

Melanie Sarrazin

Ottawa