



**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 2 septembre 2016	Numéro d'inspection 2016_285126_0018	N° de registre 007177-16, 006119-16, 024285-16	Type d'inspection Rapport d'incident critique
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE ÉLISABETH-BRUYÈRE 75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Nom de l'inspectrice LINDA HARKINS (126)			
Résumé de l'inspection			

Il s'agit d'une inspection du Système de rapport d'incidents critiques.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 11 et 12 août 2016.

Trois incidents critiques ont été inspectés au cours de cette inspection; deux concernant une allégation de mauvais traitement, et un concernant un incident ayant occasionné une blessure à une personne résidente, blessure pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice, directrice des soins/responsable clinique, infirmière responsable, infirmières auxiliaires autorisées (IAA), préposées aux services de soutien à la personne (PSSP) et deux personnes résidentes.

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

Intervention en cas d'incident critique

Prévention des chutes

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

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

1 AE

0 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 (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

1. Un résident porté disparu depuis moins de trois heures qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

2. Un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures, notamment :

- i. une panne ou une défaillance du système de sécurité,**
- ii. une panne d'un équipement important ou d'un système au foyer,**
- iii. la perte de services essentiels,**
- iv. une inondation.**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

3. Une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

5. Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitant qu'un résident soit transporté à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Faits saillants :

1. N° de registre 024285-16

Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur au plus tard un jour ouvrable après que se soit produit un incident qui a causé à la personne résidente n° 001 une lésion provoquant un changement important dans son état de santé et pour lequel la personne résidente a été transportée à l'hôpital.

Lors d'une date spécifiée de juin 2016, une personne résidente s'est transférée par ses propres moyens sans attendre l'aide du personnel infirmier. La personne résidente n° 001 a fait une chute et s'est blessée. La personne résidente n° 001 est revenue au foyer à une date spécifiée de juillet 2016 avec des changements importants dans son état de santé.

Le 12 août 2016, l'inspectrice n° 126 a discuté avec la nouvelle directrice des soins [DDS/responsable clinique (RC)]. La nouvelle DDS/RC a indiqué qu'elle était entrée en fonction à la fin mai 2016. Elle a indiqué qu'elle était au courant que la personne résidente n° 001 avait subi une blessure qui avait provoqué des changements importants dans son état de santé. La nouvelle DDS/RC a indiqué qu'elle n'était pas au courant des exigences de la loi voulant que l'on avise le directeur des foyers de soins de longue durée [Paragraphe 107 (3) et (4)]. Le 4 août 2016, la responsable clinique précédente était



**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***

sur les lieux pour fournir un soutien à la nouvelle DDS/RC, et elle a indiqué à celle-ci que l'on devait soumettre un rapport d'incident critique pour l'incident susmentionné.

Le directeur des foyers de soins de longue durée n'a pas été informé de l'incident de juin 2016 jusqu'au 4 août 2016 lorsque le rapport d'incident critique a été soumis. [Paragraphe 107 (3)]

Émis le 2 septembre 2016.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.