



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

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

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

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

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

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

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

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

## **Copie du public**

---

<b>Date du rapport</b>	<b>N° de l'inspection</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection</b>
12 juin 2018	2018_619550_0007	001924-18	<b>Systeme de rapport d'incidents critiques</b>

---

### **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**

JOANNE HENRIE (550)

---

## **Résumé de l'inspection**



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

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

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

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

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

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 1<sup>er</sup>, 2, 7, 8, 9 et 10 mai 2018.**

**Cette inspection concerne le décès soudain et inattendu d'une personne résidente.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice/administrateur et directrice/directeur des soins (DDS).**

**L'inspectrice a également examiné un rapport d'incident critique et les dossiers médicaux de la personne résidente.**

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :  
Hospitalisation et changement de l'état pathologique**

**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.

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 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves**

**En particulier, la ou le titulaire de permis n'a pas respecté les 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) :**

**2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1).**

### Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, d'un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.



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

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

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

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

À une date et une heure précises, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour signaler le décès inattendu de la personne résidente 010. On indiquait dans le rapport que la personne résidente était décédée à cette même date, deux heures et demie auparavant. On documentait également dans ce rapport que sept jours plus tôt, la personne résidente 010 avait commencé d'avoir un certain symptôme, et avait ensuite développé d'autres symptômes deux jours plus tard. Quatre jours après l'apparition des premiers symptômes, et à un moment précis, la personne résidente avait eu des difficultés respiratoires et était décédée cinq minutes plus tard.

Lors d'un entretien, l'administratrice/l'administrateur a confirmé à l'inspectrice que le décès de la personne résidente était soudain et inattendu. Il/elle a indiqué que la personne résidente était décédée à une certaine date et pas à la date indiquée sur le rapport d'incident critique comme étant la date du décès. Il/elle a ajouté en outre que la/le DDS précédent(e) avait soumis le rapport d'incident critique après avoir été informé(e) du décès de la personne résidente, soit trois jours après le décès. L'administratrice/l'administrateur ne savait pas que les incidents de décès inattendus ou soudains devaient être signalés immédiatement au directeur.

Ainsi, le décès soudain/inattendu de la personne résidente 010 n'a pas été signalé immédiatement au directeur, il a été signalé trois jours plus tard. [Alinéa 107. (1) 2]

---

**Émis le 13 juin 2018.**

**Signature de l'inspectrice**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**