



**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
24 mars 2016	2016_289550_0008	033345-15	Suivi

Titulaire de permis

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

Foyer de soins de longue durée

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

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

JOANNE HENRIE (550)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un suivi.

Cette inspection s'est tenue les 2, 3 et 4 février 2016.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec le directeur général, l'administratrice/chef des services cliniques, le directeur des soins/chef des services cliniques, des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA).

De plus, l'inspectrice a examiné le dossier de santé de certains résidents et la politique « Code Yellow » du foyer. Les inspectrices ont observé les soins et les services offerts, l'interaction du personnel et des résidents et le service de restauration.

Le protocole d'inspection suivant a été utilisé lors de cette inspection :
foyer sûr et sécuritaire.



**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***

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

2 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) 1. 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 ce qui suit : la façon de traiter les disparitions de résidents.

De plus, selon le 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 17 novembre 2015, le titulaire de permis s'est vu délivrer l'ordre de conformité (OC) 001 pour avoir omis d'appliquer immédiatement la politique du foyer intitulée « Code Yellow » après qu'un résident a été porté

disparu, expliquant que le résident était compétent et connu pour quitter le foyer non accompagné. Le corps sans vie du résident a été retrouvé dehors environ neuf heures plus tard, sur le terrain du foyer. Cet ordre de conformité avait pour date de conformité le 21 janvier 2016.

Le 2 février 2016, l'inspectrice 550 a mené une inspection de suivi concernant l'OC 001, qui exigeait que le foyer fournisse à tous les membres du personnel une formation supplémentaire sur la politique « Code Yellow », qui prévoit un plan d'urgence en cas de disparition d'un résident. La formation supplémentaire devait être documentée et les mesures requises comprenaient, entre autres :

- évaluer ou réévaluer les besoins des résidents qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés, examiner et, au besoin, réviser le programme de soins en fonction des besoins évalués;
- mettre à jour et réviser la politique « Code Yellow » pour clarifier les marches à suivre et les interventions requises du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis;
- former tous les membres du personnel afin d'assurer l'observation de la version mise à jour ou révisée de la politique « Code Yellow ».

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins et le dossier de santé des résidents 003 et 004, que le directeur des soins/chef des services cliniques avait identifiés comme étant autorisés à quitter le foyer non accompagnés. La documentation observée contenait les renseignements suivants :

- résident 003 : sur la feuille d'ordres du médecin datée d'un jour d'octobre 2015, un ordre du médecin indiquant « sorties autorisées (durée maximum de 24 heures), peut être envoyé avec le médicament requis ». Aucun renseignement indiquant que le résident pouvait sortir non accompagné et aucune indication, dans le programme de soins, concernant le congé;
- résident 004 : aucune indication concernant une permission pour un congé dans le dossier de santé et le programme de soins et aucune indication de l'évaluation ou de la réévaluation des besoins de ce résident pour qu'il puisse quitter le foyer non accompagné.

L'inspectrice a examiné la politique « Code Yellow » du foyer et remarqué que la date de révision était novembre 2014. Elle n'a pas pu déterminer que le foyer avait clarifié les marches à suivre et les interventions requises du personnel pour les situations où des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que la politique « Code Yellow » avait été révisée et qu'elle estimait que, malgré ce qui était indiqué dans l'ordre de conformité, la politique ne nécessitait aucune clarification sur les marches à suivre et les interventions requises du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis. Elle a ajouté qu'il était clair pour le foyer que l'énoncé 1.0 en page 1 de la politique du foyer – *Upon discovery of a missing resident (person): A person is considered missing as soon as the person is not where you expect them to be* – englobait les résidents mentalement capables qui ne reviennent pas au foyer dans les délais établis. Elle a indiqué à l'inspectrice qu'une formation de perfectionnement sur sa politique « Code Yellow » n'avait été fournie qu'au personnel autorisé parce que la direction du foyer pensait que seul le personnel autorisé devait recevoir cette formation. Les résidents qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés n'ont pas été évalués ou réévalués pour déterminer leur capacité continue à quitter le foyer non accompagnés.

Comme l'indiquent les renseignements qui précèdent, les besoins des résidents 003 et 004, qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés, n'ont pas été évalués ou réévalués et leur programme de soins n'a pas été révisé en fonction de leurs besoins évalués. Le titulaire de permis n'a pas examiné sa politique « Code Yellow » pour clarifier les marches à suivre et les interventions du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis et n'a pas formé tous les membres du personnel de façon à assurer l'observation de la version mise à jour ou révisée de la politique « Code Yellow ». [par. 8 (1)]

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. (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu de son programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat. 2007, chap. 8, par. 6 (8).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu de son programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat.

Le résident 003 a été admis au foyer en 2015 avec plusieurs diagnostics, dont une maladie rénale particulière. Le résident a reçu un traitement particulier au foyer.

Lors d'un entretien, le directeur des soins/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer utilisait des copies papier du programme de soins écrit et que celui-ci était gardé dans un classeur dans chaque unité respective pour chaque résident. Le foyer travaille actuellement à mettre en œuvre le logiciel Point Click Care pour ses programmes de soins mais son déploiement n'était pas encore terminé au moment de l'inspection.

L'unité où le résident réside est une unité destinée à un type spécial de soins qui compte trois lits de soins de longue durée, dont l'un est occupé par le résident 003. L'inspectrice 550 a demandé à l'IAA 1-2, qui est l'IAA de jour permanent de cette unité, à quel endroit elle pouvait trouver le programme de soins écrit du résident 003. L'IAA a indiqué qu'il ne savait pas exactement où les programmes de soins étaient gardés et a donc demandé à l'IAA 103, qui arrivait justement à ce moment-là. L'IAA 103 a indiqué à l'inspectrice que les programmes de soins écrits des résidents du foyer de soins de longue durée devaient se trouver dans le dossier des résidents



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*

car il n'y a que trois résidents du foyer dans cette unité. L'inspectrice n'a pas trouvé le programme de soins écrit du résident 003 dans le dossier de celui-ci. L'IAA 102 a indiqué que le résident 003 avait récemment été transféré vers cette unité et qu'il était possible que son programme de soins écrit ait été laissé dans l'unité précédente. L'IAA 102 s'est rendu dans l'unité précédente, où le résident 003 résidait auparavant, et en a rapporté son programme de soins écrit, indiquant à l'inspectrice qu'il avait été oublié dans l'unité précédente.

Ainsi, le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 003 n'ont pas été tenus au courant du contenu de son programme de soins et n'ont pas eu un accès facile et immédiat à celui-ci.
[par. 6 (8)]

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 personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident sont tenus au courant du contenu de son programme de soins et que l'accès à celui-ci est facile et immédiat. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

Date de délivrance : 24 mars 2016

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 :	JOANNE HENRIE (550)
N° de registre :	033345-15
N° du rapport d'inspection :	2016_289550_0008
Type d'inspection :	Suivi
Date du rapport :	24 mars 2016
Titulaire de permis :	BRUYÈRE 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
Nom de l'administratrice :	Chantal Cameron

Aux termes du présent document, BRUYÈRE 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) a)

Aux termes du :

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 oeuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Lien vers l'ordre existant :

2015_381592_0022, OC 001

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de réviser sa politique « Code Yellow » de façon à y fournir des directives claires et les marches à suivre à l'intention du personnel concernant les résidents mentalement capables de quitter l'établissement non accompagnés.

Le titulaire de permis est tenu d'identifier tous les résidents du foyer qui sont capables de quitter l'établissement non accompagnés et veiller à ce que ceci soit documenté dans leur programme de soins.

Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce qu'une formation sur sa politique « Code Yellow » mise à jour soit offerte à l'ensemble du personnel. Le titulaire de permis doit fournir une liste de tous les membres du personnel, y compris les gestionnaires que le foyer emploie, au moment où la formation est offerte et préciser, pour chaque employé, la date à laquelle la formation lui a été fournie.

Cette liste doit être présentée à Joanne Henrie par courriel, à ottawaSAO.moh@ontario.ca, au plus tard le 26 mai 2016 à 23 h 59.

Cet ordre de conformité a été délivré précédemment par l'inspectrice Mélanie Sarrazin le 17 novembre 2015 et avait pour date de conformité le 21 janvier 2016.

Motifs :

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (2) et alinéa 230 (4) 1. 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 ce qui suit : la façon de traiter les disparitions de résidents.

De plus, selon le 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 17 novembre 2015, le titulaire de permis s'est vu délivrer l'ordre de conformité (OC) 001 pour avoir omis d'appliquer immédiatement la politique du foyer intitulée « Code Yellow » après qu'un résident a été porté disparu, expliquant que le résident était compétent et connu pour quitter le foyer non accompagné. Le corps sans vie du résident a été retrouvé dehors environ neuf heures plus tard, sur le terrain du foyer. Cet ordre de conformité avait pour date de conformité le 21 janvier 2016.

Le 2 février 2016, l'inspectrice 550 a mené une inspection de suivi concernant l'OC 001, qui exigeait que le foyer fournisse à tous les membres du personnel une formation supplémentaire sur la politique « Code Yellow », qui prévoit un plan d'urgence en cas de disparition d'un résident. La formation supplémentaire devait être documentée et les mesures requises comprenaient, entre autres :

- évaluer ou réévaluer les besoins des résidents qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés, examiner et, au besoin, réviser le programme de soins en fonction des besoins évalués;
- mettre à jour et réviser la politique « Code Yellow » pour clarifier les marches à suivre et les interventions requises du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis;
- former tous les membres du personnel afin d'assurer l'observation de la version mise à jour ou révisée de la politique « Code Yellow ».

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins et le dossier de santé des résidents 003 et 004, que le directeur des soins/chef des services cliniques avait identifiés comme étant autorisés à quitter le foyer non accompagnés. La documentation observée contenait les renseignements suivants :

- résident 003 : sur la feuille d'ordres du médecin datée d'un jour d'octobre 2015, un ordre du médecin indiquant « sorties autorisées (durée maximum de 24 heures), peut être envoyé avec le médicament requis ». Aucun renseignement indiquant que le résident pouvait sortir non accompagné et aucune indication, dans le programme de soins, concernant le congé;
- résident 004 : aucune indication concernant une permission pour un congé dans le dossier de santé et le programme de soins et aucune indication de l'évaluation ou de la réévaluation des besoins de ce résident pour qu'il puisse quitter le foyer non accompagné.

L'inspectrice a examiné la politique « Code Yellow » du foyer et remarqué que la date de révision était novembre 2014. Elle n'a pas pu déterminer que le foyer avait clarifié les marches à suivre et les interventions requises du personnel pour les situations où des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que la politique « Code Yellow » avait été révisée et qu'elle estimait que, malgré ce qui était

indiqué dans l'ordre de conformité, la politique ne nécessitait aucune clarification sur les marches à suivre et les interventions requises du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis. Elle a ajouté qu'il était clair pour le foyer que l'énoncé 1.0 en page 1 de la politique du foyer – *Upon discovery of a missing resident (person): A person is considered missing as soon as the person is not where you expect them to be* – englobait les résidents mentalement capables qui ne reviennent pas au foyer dans les délais établis. Elle a indiqué à l'inspectrice qu'une formation de perfectionnement sur sa politique « Code Yellow » n'avait été fournie qu'au personnel autorisé parce que la direction du foyer pensait que seul le personnel autorisé devait recevoir cette formation. Les résidents qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés n'ont pas été évalués ou réévalués pour déterminer leur capacité continue à quitter le foyer non accompagnés.

Comme l'indiquent les renseignements qui précèdent, les besoins des résidents 003 et 004, qui ont la permission de quitter le foyer non accompagnés, n'ont pas été évalués ou réévalués et leur programme de soins n'a pas été révisé en fonction de leurs besoins évalués. Le titulaire de permis n'a pas examiné sa politique « Code Yellow » pour clarifier les marches à suivre et les interventions du personnel lorsque des résidents mentalement capables ne reviennent pas au foyer dans les délais établis et n'a pas formé tous les membres du personnel de façon à assurer l'observation de la version mise à jour ou révisée de la politique « Code Yellow ». (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 26 mai 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 registrateur
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 : 24 mars 2016

Signature de l'inspecteur : Original signé par
Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice : JOANNE HENRIE
Bureau régional de services : Ottawa