



**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***

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

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

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 modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 23 décembre 2016	Numéro d'inspection 2016_219211_0021 (A1)	N° de registre 026692-16	Type d'inspection Rapport d'incident critique
Titulaire de permis VILLE D'OTTAWA Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge OTTAWA ON K1N 5M2			
Foyer de soins de longue durée CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN 275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6			
Nom de l'inspectrice LISA KLUKE (547) (A1)			
Résumé de l'inspection modifié			
Veillez prendre note que la date de l'ordre de conformité a été prorogée comme demandé au 31 janvier 2017.			



**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***

Émis le 23 décembre 2016 (A1).

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.



**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 modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 23 décembre 2016	Numéro d'inspection 2016_219211_0021 (A1)	N° de registre 026692-16	Type d'inspection Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis VILLE D'OTTAWA Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge OTTAWA ON K1N 5M2			
Foyer de soins de longue durée CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN 275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6			
Nom de l'inspectrice LISA KLUKE (547) (A1)			
Résumé de l'inspection modifié			

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

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 31 août, et 1^{er} et 2 septembre 2016.

Cette inspection, dont le numéro de registre est 026692-16, concerne un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice, infirmières autorisées, infirmière d'intervention dans le domaine des soins gériatriques du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) du Centre de santé mentale Le Royal, préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personnes résidentes, et un membre d'une famille.

De plus, l'inspectrice a effectué une visite des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes et les politiques et marches à suivre du foyer concernant les mauvais traitements, ainsi que les routines et les horaires de travail du personnel; elle a observé des chambres de personnes résidentes, des aires communes des personnes résidentes, et la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, y compris les interactions entre personnes résidentes et entre les personnes résidentes et le personnel.

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

**Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Comportements réactifs**

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

**5 AE
0 PRV
1 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 19 de la LFSLD, 2007.

Obligation de protéger

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 19 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

La notion de mauvais traitements est définie dans la disposition 2 (1)a) du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la LFSLD, 2007 et s'entend : a) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel; b) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou

**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***

d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 002 à une date identifiée. Le rapport d'incident critique indiquait que le personnel avait observé la personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 qui manifestaient un comportement réactif de nature sexuelle. Une inspection a eu lieu le 31 août 2016 à l'initiative de l'inspectrice n° 211. On a remarqué, à une date identifiée lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 001, qu'un second incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel s'était produit. Cet incident n'a pas été signalé au directeur.

Le 30 août et les 1^{er} et 2 septembre 2016, l'inspectrice n° 211 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001, et le déroulement des événements était mentionné comme suit :

Lors d'une date identifiée, les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001 indiquaient qu'elle avait été transférée à une unité identifiée, en raison de deux comportements réactifs spécifiés. Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 001 n'indiquait pas qu'elle avait eu auparavant des comportements réactifs d'ordre physique ou sexuel.

Lors d'une date identifiée, les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente n° 001 avait eu un incident de comportement réactif d'ordre physique envers une infirmière identifiée. On avait mis en place une procédure de code blanc et envoyé la personne résidente à l'hôpital. Elle était revenue de l'hôpital le même jour. Le programme de soins écrit actuel n'indique pas que la personne résidente a eu un épisode d'incident de comportement réactif, et il ne mentionnait aucune intervention en lien avec ce nouveau comportement.

Les notes d'évolution provenant d'une période identifiée de huit jours indiquaient que la personne résidente n° 001 n'avait manifesté aucun comportement réactif d'ordre physique, mais indiquaient effectivement qu'elle avait eu un autre type de comportement réactif.

Lors d'une journée identifiée, on avait observé que les personnes résidentes n° 001 et n° 002 manifestaient des comportements de nature sexuelle.

Les incidents de mauvais traitements sont comme suit :

En début d'une journée identifiée, le personnel a observé les personnes résidentes n° 001 et n° 002 qui marchaient dans le corridor d'une unité identifiée en se tenant la main.

Après une durée identifiée, le personnel a observé que les deux personnes résidentes manifestaient des comportements de nature sexuelle. Un plan a été mis en œuvre pour assurer une surveillance visuelle de la sécurité des deux personnes résidentes.

Plus tard dans la journée, l'IA n° 107 s'est rendu compte qu'elle ne voyait pas les deux personnes résidentes dans l'unité. L'IA a demandé aux PSSP qui travaillaient dans l'unité d'aller à la recherche des deux personnes résidentes.

Le PSSP n° 105 a trouvé les deux personnes résidentes dans une chambre. La personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 001 s'apprêtaient à enlever leurs vêtements. Le personnel, l'IA n° 107 et le PSSP n° 105 ont tenté de séparer les deux personnes résidentes, mais la personne résidente n° 001 est devenue inquiète, et a empêché le personnel d'entrer dans la chambre en fermant la porte et en la maintenant fermée.

**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'IA n° 107 et le PSSP n° 105 ont quitté les lieux pendant quelques minutes dans l'espoir que la personne résidente cesserait de maintenir la porte fermée. Environ 45 minutes plus tard, une autre PSSP, la PSSP n° 111, est parvenue à ouvrir la porte et a trouvé les deux personnes résidentes qui avaient des comportements réactifs de nature sexuelle. On a séparé les personnes résidentes et on les a ramenées dans leurs chambres.

Le même jour, l'IA n° 107, qui était responsable de l'unité, a communiqué l'incident au responsable de garde, à la responsable des soins des résidents, et à l'administratrice. L'IA a également mis en œuvre un plan de surveillance visuelle des comportements des personnes résidentes n° 001 et n° 002. La fréquence de la surveillance n'était pas précisée. Le plan indiquait que si les deux personnes résidentes cherchaient à se rencontrer, une autre intervention serait nécessaire. L'IA n° 107 devait communiquer l'incident au personnel des autres quarts de travail, assurer la surveillance visuelle des personnes résidentes, et aviser le responsable de garde en cas d'autres problèmes.

Le lendemain, le personnel a remarqué que les personnes résidentes n° 001 et n° 002 étaient ensemble. Le personnel a été en mesure de les séparer avec difficulté.

Le jour suivant, la PSSP n° 103 a observé les personnes résidentes n° 001 et n° 002 qui marchaient ensemble dans le corridor. Les deux personnes résidentes sont allées dans une autre chambre en se tenant serrées l'une contre l'autre. Le membre du personnel leur a demandé de quitter la pièce, mais les personnes résidentes ont refusé. Au bout de plusieurs minutes, la PSSP a pu les persuader de quitter la pièce. Cet incident a été documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 en tant qu'inscription tardive, deux jours plus tard.

Plus tard ce soir-là, la PSSP n° 109 a trouvé la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La PSSP n° 109 est intervenue, et la personne résidente n° 001 a quitté la pièce. On a remarqué que la personne résidente n° 003 dormait pendant toute la durée de l'incident. La PSSP n° 109 a indiqué que cet incident avait été signalé à l'IA de l'unité.

Le lendemain, le PSSP n° 101 a observé que la personne résidente n° 002 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 001 quand les deux personnes résidentes étaient assises dans l'unité. On n'a pas trouvé dans les dossiers médicaux des renseignements sur les interventions du personnel auprès des personnes résidentes n° 001 et n° 002.

La personne résidente n° 001 a une déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux. Elle se déplace de façon autonome. Son programme de soins écrit indiquait qu'elle avait des comportements réactifs spécifiés, mais pas de nature sexuelle.

Le dossier médical de la personne résidente indique qu'elle est vue régulièrement par l'infirmière d'intervention dans le domaine des soins gériatrique du Projet OSTC du Centre de santé mentale Le Royal.

La personne résidente n° 002 a une déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux. Elle a besoin d'un déambulateur quand elle se déplace. Son programme de soins écrit indiquait à une date identifiée qu'elle avait des comportements multiples.

La personne résidente n° 003 a été admise au foyer à une date identifiée et avait un diagnostic de déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux.

**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***

Le 1^{er} septembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le programme de soins actuel de la personne résidente n° 001 n'indiquait pas qu'elle avait manifesté des comportements agressifs et de nature sexuelle, et l'on ne mentionnait pas d'interventions pour ces comportements.

Au cours de l'inspection, les entrevues ont eu lieu comme suit :

Une entrevue à une date identifiée avec le PSSP n° 101 et la PSSP n° 102 qui travaillaient dans une unité identifiée, révélait qu'ils connaissaient bien la personne résidente n° 001, et qu'à leur connaissance elle n'avait jamais manifesté de comportement réactif de nature sexuelle dans le passé.

Une entrevue avec la PSSP n° 103 à une date identifiée révélait que la personne résidente n° 001 aime aider les autres personnes résidentes. Quand elle a été transférée à l'autre unité, la personne résidente n° 001 a immédiatement manifesté des signes d'amitié envers la personne résidente n° 002. On a observé que la personne résidente n° 001 aidait la personne résidente n° 002.

Une entrevue avec l'IA n° 107 à une date identifiée révélait qu'elle avait vu les personnes résidentes n° 001 et 002 assises ensemble dans un endroit, au début d'un quart de travail spécifié à une date identifiée. Les deux personnes résidentes se tenaient par la main et se regardaient dans les yeux. Cela semblait être consensuel. Après le souper, l'IA n° 107 a déclaré qu'elle avait vu les deux personnes résidentes avoir des comportements réactifs de nature sexuelle dans le corridor. L'IA n° 107 a déclaré qu'elle avait informé le personnel pour qu'il surveille les deux personnes résidentes, car la personne résidente n° 002 pouvait avoir des comportements réactifs violents. L'IA n° 107 a indiqué à l'inspectrice qu'à un certain moment elle n'avait pas vu les personnes résidentes n° 001 et 002, et qu'elle avait immédiatement demandé au PSSP n° 105 d'aller à leur recherche. L'IA n° 107 a indiqué que le PSSP n° 105 avait trouvé les deux personnes résidentes n° 001 et 002 dans une chambre. L'IA n° 107 a déclaré que quand elle avait été informée par le PSSP n° 105, ils étaient allés tous les deux à la chambre, et avaient trouvé les deux personnes résidentes n° 001 et 002 qui avaient des comportements réactifs de nature sexuelle. Ils n'ont pas fait d'évaluation pour déterminer si ces comportements sexuels étaient consensuels. L'IA n° 107 a affirmé qu'ils avaient tenté de séparer les deux personnes résidentes, mais que chaque fois qu'ils essayaient d'ouvrir la porte, la personne résidente n° 001 la retenait. L'IA n° 107 a révélé qu'elle avait quitté les lieux avec le PSSP n° 105 pendant quelques minutes en espérant que la personne résidente n° 001 cesserait de maintenir la porte fermée.

L'IA n° 107 a révélé qu'elle avait envoyé la PSSP n° 111 pour superviser les personnes résidentes n° 001 et 002 pendant qu'elle téléphonait à la coordonnatrice du quart de soir et au responsable de garde pour obtenir des directives concernant les deux personnes résidentes. L'IA n° 107 a indiqué que la PSSP n° 111 était allée voir les deux personnes résidentes, et qu'elle était revenue lui dire qu'elle avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 qui manifestaient des comportements réactifs de nature sexuelle dans la chambre identifiée. L'IA n° 107 a indiqué qu'elle avait informé des comportements sexuels la coordonnatrice du quart de soir/IA n° 110. L'IA n° 107 a contacté le responsable de garde au sujet des comportements sexuels des personnes résidentes n° 001 et 002. L'IA n° 107 a également déclaré qu'elle avait communiqué au personnel des autres postes de travail l'information concernant les cas allégués de comportement de nature sexuelle, et indiqué de surveiller les deux personnes résidentes à une date identifiée. L'IA n° 107 n'a pas déterminé si les comportements de nature sexuelle étaient consensuels.

**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'une entrevue avec l'inspectrice le 31 août 2016, le PSSP n° 105 a indiqué qu'à une date identifiée, il amenait une personne résidente identifiée dans une chambre après une période identifiée quand il avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 ensemble. L'autre personne résidente identifiée voulait absolument entrer dans la chambre, et cela avait pris un certain temps pour rediriger ailleurs la personne résidente dans l'intervalle. Le PSSP n° 105 a déclaré qu'il était allé voir l'infirmière pour lui faire savoir ce qui se passait entre les personnes résidentes n° 001 et 002. Le PSSP n° 105 a déclaré que quand il était retourné dans la chambre avec l'IA n° 107, ils avaient tenté de séparer les deux personnes résidentes. La personne résidente n° 001 était devenue agressive. Elle les avait poussés tous les deux hors de la chambre et avait claqué la porte. Le PSSP et l'IA avaient été incapables d'ouvrir la porte, car la personne résidente n° 001 la tenait fermée. L'IA n° 107 a quitté les lieux pour appeler la direction. Le PSSP n° 105 a indiqué qu'il était resté à côté de la porte. Un peu plus tard, il était parvenu à ouvrir légèrement la porte pour s'assurer qu'il n'y avait pas de violence entre les personnes résidentes. Le PSSP n° 105 a indiqué que les personnes résidentes n° 001 et 002 étaient nues. Il n'avait pas vu de comportement réactif de nature sexuelle entre les deux personnes résidentes. Le PSSP n° 105 pensait que les deux personnes résidentes étaient consentantes parce qu'il n'y avait pas de violence. Il a indiqué qu'au bout de cinq minutes, il avait vu la personne résidente n° 002 se lever du lit, et qu'il avait pu entrer dans la chambre. Le PSSP n° 105 a aidé la personne résidente à mettre ses vêtements et l'a raccompagnée dans la chambre. Il a vu la personne résidente n° 001 qui essayait de s'habiller et il a l'a laissée dans la chambre. La personne résidente n° 002 a été ramenée dans la chambre, et elle n'a pas manifesté de comportements agressifs. La personne résidente n° 002 dormait quand le PSSP est revenu vérifier son bien-être.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, la PSSP n° 111 a indiqué qu'elle avait vu les personnes résidentes n° 001 et 002 manifester des comportements réactifs de nature sexuelle à une date identifiée. Elle avait vainement essayé de les séparer. La PSSP n° 111 a indiqué que, quand elle était revenue de sa pause alors qu'elle marchait dans le corridor, elle avait vu une porte entrebâillée et elle avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 nues. Elle avait vu les deux personnes résidentes et croyait qu'elles manifestaient des comportements réactifs de nature sexuelle. Elle avait couru le dire à l'infirmière. La PSSP n° 111 n'a pas déterminé si les comportements étaient consensuels.

Des entrevues avec l'IA n° 107, le PSSP n° 105 et la PSSP n° 111 ont permis d'obtenir une idée approximative du déroulement des événements :

- Quand le PSSP n° 105 a trouvé les deux personnes résidentes dans la chambre.
- Quand le PSSP n° 105 a pu informer l'IA n° 107.
- Quand l'IA n° 107 et le PSSP n° 105 sont allés dans la chambre où l'on avait trouvé les deux personnes résidentes.
- Quand l'IA n° 107 a quitté les lieux pour appeler la direction.
- Quand le PSSP n° 105 a pu ouvrir la porte pour surveiller les deux personnes résidentes.
- Quand la PSSP n° 111 a trouvé les deux personnes résidentes qui avaient des comportements de nature sexuelle, et qu'elle n'avait pas évalué si les comportements étaient consensuels.

Pour ce qui concerne le second incident, la PSSP n° 103 a révélé le 31 août 2016 qu'elle avait vu à la date identifiée les personnes résidentes n° 001 et 002 qui marchaient ensemble dans le corridor. Les deux personnes résidentes sont allées dans une autre chambre. Elles sont restées toutes les deux près de la fenêtre, et on remarquait qu'elles se tenaient serrées l'une contre l'autre. La PSSP n° 103 leur a demandé de quitter la pièce et elles ont refusé. Elles se sont assises sur le lit, en parlant et en

**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***

regardant par la fenêtre. Le toucher de nature sexuelle semblait être consensuel. La PSSP n° 103 a déclaré qu'elle avait été en mesure de les persuader de quitter la chambre. Elle a confirmé qu'il n'y avait pas de supervision individuelle par le personnel ce jour-là.

Pour ce qui concerne le troisième incident, une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109 qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, a révélé que l'on avait trouvé que la personne résidente n° 001 manifestait un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 003 dormait encore et était habillée. La PSSP n° 109 a déclaré que la personne résidente n° 001 avait été surprise quand elle était intervenue et l'avait questionnée sur ses agissements. La personne résidente n° 001 était sortie de la chambre en colère. Elle avait eu des comportements non consensuels d'attouchement sexuel envers la personne résidente n° 003.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, l'IA n° 112 a déclaré que la personne résidente n° 001 ne faisait pas l'objet d'une surveillance individuelle par un membre du personnel lors de ce troisième incident, mais qu'ils essayaient de la surveiller étroitement. Lors d'une entrevue, l'IA n° 110 a indiqué que l'on n'avait pas contacté le responsable de garde ni la police, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement réactif non consensuel de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue avec l'IA n° 110 le 2 septembre 2016 indiquait que l'IA n° 112 et la PSSP n° 111 l'avaient informée de l'incident susmentionné à une heure identifiée en indiquant que la personne résidente n° 001 manifestait un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. L'IA n° 110 a déclaré qu'elle n'avait pas appelé le responsable de garde, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement réactif non consensuel de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue avec la PSSP n° 101 le 31 août 2016 révélait qu'elle avait vu la personne résidente n° 002 manifester un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 001 à une date identifiée, quand les deux personnes résidentes étaient assises en un endroit identifié de l'unité. La PSSP n° 101 s'était aperçue que les agissements ne semblaient pas être des comportements de nature sexuelle et qu'ils étaient consensuels. La PSSP n° 101 a déclaré qu'elle avait entendu dire lors de la réunion du personnel que ce n'était pas la première fois que la personne résidente n° 002 manifestait cette sorte de comportement envers la personne résidente n° 001.

Une entrevue avec la personne résidente n° 001 à une date identifiée a révélé qu'elle ne se souvenait pas d'avoir manifesté des comportements réactifs de nature sexuelle envers toute personne résidente du foyer.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, la personne résidente n° 003 a déclaré qu'elle ne se souvenait pas d'avoir subi des attouchements de nature sexuelle de la part d'une autre personne résidente du foyer.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, l'administratrice a déclaré qu'elle avait été informée que la personne résidente n° 001 faisait l'objet d'une étroite surveillance individuelle par le personnel après le premier cas allégué d'incident de nature sexuelle à une date identifiée. L'administratrice a déclaré qu'elle avait reçu un courriel du responsable de garde à cette date identifiée, indiquant que la personne résidente n° 001 était surveillée, et que si les personnes résidentes n° 001 et 002 cherchaient à se rencontrer ou avaient des comportements de nature sexuelle, il faudrait procéder à d'autres interventions. Le plan consistait à surveiller les personnes résidentes n° 001 et 002 dans

**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'unité et dans la salle à manger, et à les séparer si on les trouvait à proximité l'une de l'autre. On avait demandé à l'IA n° 107 de faire part du cas allégué d'incident de nature sexuelle au personnel des autres quarts de travail. L'administratrice a déclaré qu'elle pensait que la personne résidente n° 001 avait fait l'objet d'une surveillance individuelle pendant la période identifiée qui a suivi le premier cas allégué d'incident de nature sexuelle entre les personnes résidentes n° 001 et 002. L'administratrice a déclaré que le mandataire spécial des personnes résidentes, le MSSLD et le corps de police avaient été immédiatement contactés concernant le premier incident à la date identifiée. L'administratrice a également indiqué que les deux personnes résidentes n'avaient pas la capacité de comprendre des comportements de nature sexuelle ni de donner un consentement pour en avoir. La surveillance individuelle a été mise en œuvre le lendemain du troisième cas allégué d'incident de nature sexuelle entre les personnes résidentes n° 001 et 003.

Le 2 septembre 2016, l'administratrice a montré à l'inspectrice n° 211 le courriel intitulé « Rapport sur un incident de nature sexuelle entre deux personnes résidentes » à une date identifiée qui avait été envoyé par l'administratrice au responsable de garde de service au sujet du premier rapport de cas allégué de comportement sexuel à la date identifiée susmentionnée, pour confirmer si l'on avait dit au personnel d'instaurer une surveillance individuelle. La réponse par courriel du responsable de garde à la date identifiée indiquait qu'il avait laissé un message, le lendemain du premier cas allégué d'incident de comportement sexuel, pour que le personnel infirmier l'avise si les deux personnes résidentes cherchaient toujours à être ensemble et avaient des comportements de nature sexuelle, et que l'on examinerait les interventions à ce moment-là. Les renseignements contenus dans le courriel susmentionné ne mentionnaient pas d'autres interventions ni la fréquence de la surveillance.

L'administratrice a révélé que le directeur n'avait pas été immédiatement informé du troisième cas présumé de comportement sexuel à une date identifiée, et que l'on n'avait pas fait de rapport d'incident critique concernant l'incident présumé de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé par la personne résidente n° 001 à la personne résidente n° 003, parce que le responsable de garde n'avait jamais été informé ce jour-là de l'incident. L'IA responsable du foyer pendant le quart de travail spécifié à cette date identifiée, aurait dû appeler le responsable de garde et contacter immédiatement la police. L'administratrice a déclaré qu'elle avait oublié de remplir le rapport d'incident critique suivant quand elle était retournée au travail. L'administratrice a confirmé qu'il n'y avait pas de supervision individuelle pour la personne résidente n° 001 à compter du premier incident de cas allégué de comportement sexuel jusqu'à quatre jours plus tard.

Une entrevue avec l'administratrice le 13 octobre 2016, indiquait que la personne résidente n° 001 avait fait l'objet d'une évaluation, par le médecin et l'infirmière d'intervention dans le domaine des soins gériatriques, après que la personne résidente eût manifesté un comportement réactif d'ordre physique lors d'un incident à une date identifiée. Le comportement réactif d'ordre physique de la personne résidente qui n'était pas de nature sexuelle ne s'est produit qu'une seule fois.

L'administratrice a indiqué le 2 septembre 2016 que la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 n'étaient pas protégées contre les comportements réactifs de nature sexuelle de la personne résidente n° 001 à compter du premier incident et jusqu'à quatre jours plus tard, date à laquelle on a effectué des changements au programme de soins de la personne résidente n° 001.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

1. LFSLD par. 20 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. (Voir l'AE n° 2)

2. LFSLD par. 23 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate : (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit. (Voir l'AE n° 3)

3. LFSLD par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. (Voir l'AE n° 4)

4. Règl. de l'Ont. 79/10, article 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. (Voir l'AE n° 5)

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné a été déterminée comme étant un « préjudice réel » et sa portée a été identifiée comme étant un « modèle », car deux personnes résidentes ont fait l'objet d'un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel par la personne résidente n° 001 lors de deux dates identifiées. [Paragraphe 19 (1)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice.

(A1) Le ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 20 de la LFSLD, 2007.

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 20 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes.

À une date identifiée, les notes d'évolution indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 avait manifesté un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 003 était endormie.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109, qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, révélait que la personne résidente n° 001 avait été trouvée à côté du lit de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. On a observé que la personne résidente n° 003 dormait. On a fait partir la personne résidente n° 001 de la chambre. Il s'agissait d'un incident d'attouchement non consensuel de nature sexuelle.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec l'IA n° 110 indiquait que l'IA n° 112 et la PSSP n° 109 lui avaient dit que la personne résidente n° 001 avait manifesté un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. L'IA n° 110 a déclaré qu'elle n'avait pas appelé le responsable de garde, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement sexuel envers la personne résidente n° 003, et qu'elle n'avait pas entrepris d'évaluation des personnes résidentes ni commencé une enquête sur l'incident.

Un examen de la politique et marche à suivre du foyer n° 750.65 intitulée « Mauvais traitements » et datée de février 2016, indiquait ce qui suit :

- Signaler immédiatement tout soupçon ou toute allégation de mauvais traitement envers une personne résidente à l'infirmière ou à l'infirmier responsable (définition de mauvais traitements conformément à la LFSLD et à l'annexe A).
- L'infirmière ou l'infirmier responsable doit immédiatement examiner la personne résidente.
- Documenter les résultats de l'examen.
- Faire immédiatement rapport de l'allégation à l'administratrice et à la responsable des soins des personnes résidentes.
- Demander à un membre du personnel, qui signale l'allégation ou qui la fait, de rédiger immédiatement un rapport sur ce qu'il a vu ou entendu.
- L'administratrice ou la personne qui la représente doit aviser immédiatement :
 - La Police d'Ottawa si l'on croit que l'incident constitue un crime.
 - Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée,

La politique du foyer susmentionnée indiquait également à la section « Obligation de signaler » qu'il est obligatoire de faire rapport de tout cas allégué de préjudice, de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente.

Il existe deux façons différentes de signaler un mauvais traitement ou de la négligence :

1. À l'interne, en le disant à une infirmière ou un infirmier responsable ou à un responsable, le cas échéant.
2. Directement au MSSLD.
 - a. En téléphonant à la Ligne ACTION des Soins de longue durée.
 - b. En envoyant une lettre au directeur par la poste.

Une entrevue avec l'administratrice a confirmé que l'on ne s'était pas conformé aux points susmentionnés de la politique du foyer quand il y avait eu allégation de comportement non consensuel de nature sexuelle par la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 003 à la date identifiée. [Paragraphe 20 (1)]

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 23 de la LFSLD, 2007.**Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 23 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,
 - (ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,
 - (iii) tout autre acte que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, par. 23 (1).
- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident; 2007, chap. 8, par. 23 (1).
- c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :
 - a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport fassent l'objet d'une enquête immédiate :
 - b) les mesures appropriées soient prises en réponse à chaque incident;
 - c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) soient respectées.

Lors d'une date identifiée, les notes d'évolution indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n°003. La personne résidente n° 001 avait manifesté un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109 qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, révélait que la personne résidente n° 001 avait été trouvée à côté du lit de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. On a

observé que la personne résidente n° 003 dormait. On a fait partir la personne résidente n° 001 de la chambre. Il s'agissait d'un incident d'attouchement non consensuel de nature sexuelle.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec l'IA n° 110 indiquait que l'IA n° 112 et la PSSP n° 109 lui avaient dit que la personne résidente n° 001 avait manifesté un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. L'IA n° 110 a déclaré qu'elle n'avait pas appelé le responsable de garde, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement sexuel envers la personne résidente n° 003, et qu'elle n'avait pas entrepris d'évaluation des personnes résidentes ni commencé une enquête sur l'incident.

Une entrevue avec l'administratrice révélait que l'IA n° 110, responsable du foyer pendant le quart de travail spécifié à la date identifiée, aurait dû appeler immédiatement le responsable de garde quand elle avait été informée par l'IA n° 112 et la PSSP n° 109 qu'il y avait une allégation de comportement sexuel de la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 003. Le foyer n'avait pas pris de mesure appropriée concernant l'incident quand on l'avait mis au courant de cette allégation d'attouchement non consensuel de nature sexuelle par la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 003. [Paragraphe 23 (1)]

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la LFSLD, 2007.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire, cette personne fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

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*

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).

L'inspectrice n° 211 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001 et de la personne résidente n° 003, et ils ne contenaient pas d'information indiquant que le titulaire de permis avait immédiatement fait rapport au directeur du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel à une date identifiée.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109 qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, a révélé que l'on avait trouvé la personne résidente n° 001 à côté du lit de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 003 dormait à ce moment-là.

Une entrevue avec l'IA n° 110 le 2 septembre 2016 indiquait qu'elle n'avait pas appelé le responsable de garde, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement sexuel envers la personne résidente n° 003.

L'administratrice a révélé que le directeur n'avait pas été immédiatement informé à cette date identifiée, quand il y avait des allégations de comportement réactif non consensuel de nature sexuelle par la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 003. [Paragraphe 24 (1)]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 98 du Règlement de l'Ontario 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle.

À une date identifiée, un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel s'est produit lorsqu'il y a eu attouchement non consensuel de nature sexuelle par la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109 qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, a révélé que l'on avait trouvé la personne résidente n° 001 à côté du lit de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 003 dormait encore à ce moment-là.

Une entrevue avec l'IA n° 110 le 2 septembre 2016 indiquait que l'IA n° 112 et la PSSP n° 109 l'avaient informée à une date identifiée que la personne résidente n° 001 avait manifesté un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. L'IA n° 110 a déclaré à l'inspectrice qu'elle n'avait pas appelé la police, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement réactif non consensuel de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003, et que la personne résidente n° 003 dormait.

L'administratrice a confirmé que l'on aurait dû immédiatement contacter la police quand le personnel avait trouvé la personne résidente n° 001 qui manifestait un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. [Article 98]

Émis le 23 décembre 2016 (A1).

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

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

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

**Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée**

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 modifiée

Nom de l'inspectrice (n°) : LISA KLUKE (547) - (A1)

N° de l'inspection : 2016_219211_0021 (A1)

Appel/Dir. N° :

Registre n° : 026692-16 (A1)

Genre d'inspection : Système de rapport d'incidents critiques

Date(s) du rapport : 23 décembre 2016 (A1)

Titulaire de permis : VILLE D'OTTAWA
Services sociaux et communautaires, Direction des soins de
longue durée. 200, chemin Island Lodge.
OTTAWA ON K1N 5M2

Foyer de SLD : CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6

Nom de l'administratrice : Louise Bourdon

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

À l'intention de la VILLE D'OTTAWA, vous êtes tenue par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° : 001 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)b)

Aux termes du :

paragraphe 19 (1) de la LFSLD, 2007, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit rédiger, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que :

1. l'on prenne rapidement des mesures pour protéger efficacement toutes les personnes résidentes contre des mauvais traitements de la part de la personne résidente n° 001;
2. quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'il s'est produit un mauvais traitement d'une personne résidente qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons, en application de la LFSLD, 2007, conformément au paragraphe 24 (1) de ladite Loi;
2. le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement envers une personne résidente s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle;
3. les incidents de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont le titulaire de permis a connaissance fassent l'objet d'une enquête immédiate;
4. la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement envers les personnes résidentes soit respectée.

Le plan doit être soumis par écrit et par télécopieur à l'inspectrice Joelle Taillefer au 613 569-9670 au plus tard le 16 décembre 2016.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

La notion de mauvais traitements est définie dans la disposition 2 (1)a) du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la LFSLD, 2007 et s'entend : a) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel; b) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente n° 001 envers la personne résidente n° 002 à une date identifiée. Le rapport d'incident critique indiquait que le personnel avait observé la personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 qui manifestaient un comportement réactif de nature sexuelle. Une inspection a eu lieu le 31 août 2016 à l'initiative de l'inspectrice n° 211. On a remarqué, à une date identifiée lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 001, qu'un second incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel s'était produit. Cet incident n'a pas été signalé au directeur.

Le 30 août et les 1^{er} et 2 septembre 2016, l'inspectrice n° 211 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001, et le déroulement des événements était mentionné comme suit :

Lors d'une date identifiée, les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001 indiquaient qu'elle avait été transférée à une unité identifiée, en raison de deux comportements réactifs spécifiés. Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 001 n'indiquait pas qu'elle avait eu auparavant des comportements réactifs d'ordre physique ou sexuel.

Lors d'une date identifiée, les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente n° 001 avait eu un incident de comportement réactif d'ordre physique envers une infirmière identifiée. On avait mis en place une procédure de code blanc et envoyé la personne résidente à l'hôpital. Elle était revenue de l'hôpital le même jour. Le programme de soins écrit actuel n'indique pas que la personne résidente a eu un épisode d'incident de comportement réactif, et il ne mentionnait aucune intervention en lien avec ce nouveau comportement.

Les notes d'évolution provenant d'une période identifiée de huit jours indiquaient que la personne résidente n° 001 n'avait manifesté aucun comportement réactif d'ordre physique, mais indiquaient effectivement qu'elle avait eu un autre type de comportement réactif.

Lors d'une journée identifiée, on avait observé que les personnes résidentes n° 001 et n° 002 manifestaient des comportements de nature sexuelle.

Les incidents de mauvais traitements sont comme suit :

En début d'une journée identifiée, le personnel a observé les personnes résidentes n° 001 et n° 002 qui marchaient dans le corridor d'une unité identifiée en se tenant la main.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

Après une durée identifiée, le personnel a observé que les deux personnes résidentes manifestaient des comportements de nature sexuelle. Un plan a été mis en œuvre pour assurer une surveillance visuelle de la sécurité des deux personnes résidentes.

Plus tard dans la journée, l'IA n° 107 s'est rendu compte qu'elle ne voyait pas les deux personnes résidentes dans l'unité. L'IA a demandé aux PSSP qui travaillaient dans l'unité d'aller à la recherche des deux personnes résidentes.

Le PSSP n° 105 a trouvé les deux personnes résidentes dans une chambre. La personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 001 s'apprêtaient à enlever leurs vêtements. Le personnel, l'IA n° 107 et le PSSP n° 105 ont tenté de séparer les deux personnes résidentes, mais la personne résidente n° 001 est devenue inquiète, et a empêché le personnel d'entrer dans la chambre en fermant la porte et en la maintenant fermée.

L'IA n° 107 et le PSSP n° 105 ont quitté les lieux pendant quelques minutes dans l'espoir que la personne résidente cesserait de maintenir la porte fermée. Environ 45 minutes plus tard, une autre PSSP, la PSSP n° 111, est parvenue à ouvrir la porte et a trouvé les deux personnes résidentes qui avaient des comportements réactifs de nature sexuelle. On a séparé les personnes résidentes et on les a ramenées dans leurs chambres.

Le même jour, l'IA n° 107, qui était responsable de l'unité, a communiqué l'incident au responsable de garde, à la responsable des soins des résidents, et à l'administratrice. L'IA a également mis en œuvre un plan de surveillance visuelle des comportements des personnes résidentes n° 001 et n° 002. La fréquence de la surveillance n'était pas précisée. Le plan indiquait que si les deux personnes résidentes cherchaient à se rencontrer, une autre intervention serait nécessaire. L'IA n° 107 devait communiquer l'incident au personnel des autres quarts de travail, assurer la surveillance visuelle des personnes résidentes, et aviser le responsable de garde en cas d'autres problèmes.

Le lendemain, le personnel a remarqué que les personnes résidentes n° 001 et n° 002 étaient ensemble. Le personnel a été en mesure de les séparer avec difficulté.

Le jour suivant, la PSSP n° 103 a observé les personnes résidentes n° 001 et n° 002 qui marchaient ensemble dans le corridor. Les deux personnes résidentes sont allées dans une autre chambre en se tenant serrées l'une contre l'autre. Le membre du personnel leur a demandé de quitter la pièce, mais les personnes résidentes ont refusé. Au bout de plusieurs minutes, la PSSP a pu les persuader de quitter la pièce. Cet incident a été documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 en tant qu'inscription tardive, deux jours plus tard.

Plus tard ce soir-là, la PSSP n° 109 a trouvé la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 001 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La PSSP n° 109 est intervenue, et la personne résidente n° 001 a quitté la pièce. On a remarqué que la personne résidente n° 003 dormait pendant toute la durée de l'incident. La PSSP n° 109 a indiqué que cet incident avait été signalé à l'IA de l'unité.

Le lendemain, le PSSP n° 101 a observé que la personne résidente n° 002 manifestait des comportements réactifs de nature sexuelle envers la personne résidente n° 001 quand les deux personnes résidentes étaient assises dans l'unité. On n'a pas trouvé dans les dossiers médicaux des renseignements sur les interventions du personnel auprès des personnes résidentes n° 001 et n° 002.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

La personne résidente n° 001 a une déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux. Elle se déplace de façon autonome. Son programme de soins écrit indiquait qu'elle avait des comportements réactifs spécifiés, mais pas de nature sexuelle.

Le dossier médical de la personne résidente indique qu'elle est vue régulièrement par l'infirmière d'intervention dans le domaine des soins gériatrique du Projet OSTC du Centre de santé mentale Le Royal.

La personne résidente n° 002 a une déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux. Elle a besoin d'un déambulateur quand elle se déplace. Son programme de soins écrit indiquait à une date identifiée qu'elle avait des comportements multiples.

La personne résidente n° 003 a été admise au foyer à une date identifiée et avait un diagnostic de déficience cognitive et d'autres problèmes médicaux.

Le 1^{er} septembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le programme de soins actuel de la personne résidente n° 001 n'indiquait pas qu'elle avait manifesté des comportements agressifs et de nature sexuelle, et l'on ne mentionnait pas d'interventions pour ces comportements.

Au cours de l'inspection, les entrevues ont eu lieu comme suit :

Une entrevue à une date identifiée avec le PSSP n° 101 et la PSSP n° 102 qui travaillaient dans une unité identifiée, révélait qu'ils connaissaient bien la personne résidente n° 001, et qu'à leur connaissance elle n'avait jamais manifesté de comportement réactif de nature sexuelle dans le passé.

Une entrevue avec la PSSP n° 103 à une date identifiée révélait que la personne résidente n° 001 aime aider les autres personnes résidentes. Quand elle a été transférée à l'autre unité, la personne résidente n° 001 a immédiatement manifesté des signes d'amitié envers la personne résidente n° 002. On a observé que la personne résidente n° 001 aidait la personne résidente n° 002.

Une entrevue avec l'IA n° 107 à une date identifiée révélait qu'elle avait vu les personnes résidentes n° 001 et 002 assises ensemble dans un endroit, au début d'un quart de travail spécifié à une date identifiée. Les deux personnes résidentes se tenaient par la main et se regardaient dans les yeux. Cela semblait être consensuel. Après le souper, l'IA n° 107 a déclaré qu'elle avait vu les deux personnes résidentes avoir des comportements réactifs de nature sexuelle dans le corridor. L'IA n° 107 a déclaré qu'elle avait informé le personnel pour qu'il surveille les deux personnes résidentes, car la personne résidente n° 002 pouvait avoir des comportements réactifs violents. L'IA n° 107 a indiqué à l'inspectrice qu'à un certain moment elle n'avait pas vu les personnes résidentes n° 001 et 002, et qu'elle avait immédiatement demandé au PSSP n° 105 d'aller à leur recherche. L'IA n° 107 a indiqué que le PSSP n° 105 avait trouvé les deux personnes résidentes n° 001 et 002 dans une chambre. L'IA n° 107 a déclaré que quand elle avait été informée par le PSSP n° 105, ils étaient allés tous les deux à la chambre, et avaient trouvé les deux personnes résidentes n° 001 et 002 qui avaient des comportements réactifs de nature sexuelle. Ils n'ont pas fait d'évaluation pour déterminer si ces comportements sexuels étaient consensuels. L'IA n° 107 a affirmé qu'ils avaient tenté de séparer les deux personnes résidentes, mais que chaque fois qu'ils essayaient d'ouvrir la porte, la personne résidente n° 001 la retenait. L'IA n° 107 a révélé qu'elle avait quitté les lieux avec le PSSP n° 105 pendant quelques minutes en espérant que la personne résidente n° 001 cesserait de maintenir la porte fermée.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

L'IA n° 107 a révélé qu'elle avait envoyé la PSSP n° 111 pour superviser les personnes résidentes n° 001 et 002 pendant qu'elle téléphonait à la coordonnatrice du quart de soir et au responsable de garde pour obtenir des directives concernant les deux personnes résidentes. L'IA n° 107 a indiqué que la PSSP n° 111 était allée voir les deux personnes résidentes, et qu'elle était revenue lui dire qu'elle avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 qui manifestaient des comportements réactifs de nature sexuelle dans la chambre identifiée. L'IA n° 107 a indiqué qu'elle avait informé des comportements sexuels la coordonnatrice du quart de soir/IA n° 110. L'IA n° 107 a contacté le responsable de garde au sujet des comportements sexuels des personnes résidentes n° 001 et 002. L'IA n° 107 a également déclaré qu'elle avait communiqué au personnel des autres postes de travail l'information concernant les cas allégués de comportement de nature sexuelle, et indiqué de surveiller les deux personnes résidentes à une date identifiée. L'IA n° 107 n'a pas déterminé si les comportements de nature sexuelle étaient consensuels.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice le 31 août 2016, le PSSP n° 105 a indiqué qu'à une date identifiée, il amenait une personne résidente identifiée dans une chambre après une période identifiée quand il avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 ensemble. L'autre personne résidente identifiée voulait absolument entrer dans la chambre, et cela avait pris un certain temps pour rediriger ailleurs la personne résidente dans l'intervalle. Le PSSP n° 105 a déclaré qu'il était allé voir l'infirmière pour lui faire savoir ce qui se passait entre les personnes résidentes n° 001 et 002. Le PSSP n° 105 a déclaré que quand il était retourné dans la chambre avec l'IA n° 107, ils avaient tenté de séparer les deux personnes résidentes. La personne résidente n° 001 était devenue agressive. Elle les avait poussés tous les deux hors de la chambre et avait claqué la porte. Le PSSP et l'IA avaient été incapables d'ouvrir la porte, car la personne résidente n° 001 la tenait fermée. L'IA n° 107 a quitté les lieux pour appeler la direction. Le PSSP n° 105 a indiqué qu'il était resté à côté de la porte. Un peu plus tard, il était parvenu à ouvrir légèrement la porte pour s'assurer qu'il n'y avait pas de violence entre les personnes résidentes. Le PSSP n° 105 a indiqué que les personnes résidentes n° 001 et 002 étaient nues. Il n'avait pas vu de comportement réactif de nature sexuelle entre les deux personnes résidentes. Le PSSP n° 105 pensait que les deux personnes résidentes étaient consentantes parce qu'il n'y avait pas de violence. Il a indiqué qu'au bout de cinq minutes, il avait vu la personne résidente n° 002 se lever du lit, et qu'il avait pu entrer dans la chambre. Le PSSP n° 105 a aidé la personne résidente à mettre ses vêtements et l'a raccompagnée dans la chambre. Il a vu la personne résidente n° 001 qui essayait de s'habiller et il l'a laissée dans la chambre. La personne résidente n° 002 a été ramenée dans la chambre, et elle n'a pas manifesté de comportements agressifs. La personne résidente n° 002 dormait quand le PSSP est revenu vérifier son bien-être.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, la PSSP n° 111 a indiqué qu'elle avait vu les personnes résidentes n° 001 et 002 manifester des comportements réactifs de nature sexuelle à une date identifiée. Elle avait vainement essayé de les séparer. La PSSP n° 111 a indiqué que, quand elle était revenue de sa pause alors qu'elle marchait dans le corridor, elle avait vu une porte entrebâillée et elle avait trouvé les personnes résidentes n° 001 et 002 nues. Elle avait vu les deux personnes résidentes et croyait qu'elles manifestaient des comportements réactifs de nature sexuelle. Elle avait couru le dire à l'infirmière. La PSSP n° 111 n'a pas déterminé si les comportements étaient consensuels.

Des entrevues avec l'IA n° 107, le PSSP n° 105 et la PSSP n° 111 ont permis d'obtenir une idée approximative du déroulement des événements :

- Quand le PSSP n° 105 a trouvé les deux personnes résidentes dans la chambre.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

- Quand le PSSP n° 105 a pu informer l'IA n° 107.
- Quand l'IA n° 107 et le PSSP n° 105 sont allés dans la chambre où l'on avait trouvé les deux personnes résidentes.
- Quand l'IA n° 107 a quitté les lieux pour appeler la direction.
- Quand le PSSP n° 105 a pu ouvrir la porte pour surveiller les deux personnes résidentes.
- Quand la PSSP n° 111 a trouvé les deux personnes résidentes qui avaient des comportements de nature sexuelle, et qu'elle n'avait pas évalué si les comportements étaient consensuels.

Pour ce qui concerne le second incident, la PSSP n° 103 a révélé le 31 août 2016 qu'elle avait vu à la date identifiée les personnes résidentes n° 001 et 002 qui marchaient ensemble dans le corridor. Les deux personnes résidentes sont allées dans une autre chambre. Elles sont restées toutes les deux près de la fenêtre, et on remarquait qu'elles se tenaient serrées l'une contre l'autre. La PSSP n° 103 leur a demandé de quitter la pièce et elles ont refusé. Elles se sont assises sur le lit, en parlant et en regardant par la fenêtre. Le toucher de nature sexuelle semblait être consensuel. La PSSP n° 103 a déclaré qu'elle avait été en mesure de les persuader de quitter la chambre. Elle a confirmé qu'il n'y avait pas de supervision individuelle par le personnel ce jour-là.

Pour ce qui concerne le troisième incident, une entrevue le 2 septembre 2016 avec la PSSP n° 109 qui avait découvert la personne résidente n° 001 dans la chambre de la personne résidente n° 003, a révélé que l'on avait trouvé que la personne résidente n° 001 manifestait un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. La personne résidente n° 003 dormait encore et était habillée. La PSSP n° 109 a déclaré que la personne résidente n° 001 avait été surprise quand elle était intervenue et l'avait questionnée sur ses agissements. La personne résidente n° 001 était sortie de la chambre en colère. Elle avait eu des comportements non consensuels d'attouchement sexuel envers la personne résidente n° 003.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, l'IA n° 112 a déclaré que la personne résidente n° 001 ne faisait pas l'objet d'une surveillance individuelle par un membre du personnel lors de ce troisième incident, mais qu'ils essayaient de la surveiller étroitement. Lors d'une entrevue, l'IA n° 110 a indiqué que l'on n'avait pas contacté le responsable de garde ni la police, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement réactif non consensuel de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue avec l'IA n° 110 le 2 septembre 2016 indiquait que l'IA n° 112 et la PSSP n° 111 l'avaient informée de l'incident susmentionné à une heure identifiée en indiquant que la personne résidente n° 001 manifestait un comportement réactif de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003. L'IA n° 110 a déclaré qu'elle n'avait pas appelé le responsable de garde, parce que le personnel avait empêché la personne résidente n° 001 de continuer d'avoir un comportement réactif non consensuel de nature sexuelle envers la personne résidente n° 003.

Une entrevue avec la PSSP n° 101 le 31 août 2016 révélait qu'elle avait vu la personne résidente n° 002 manifester un comportement de nature sexuelle envers la personne résidente n° 001 à une date identifiée, quand les deux personnes résidentes étaient assises en un endroit identifié de l'unité. La PSSP n° 101 s'était aperçue que les agissements ne semblaient pas être des comportements de nature sexuelle et qu'ils étaient consensuels. La PSSP n° 101 a déclaré qu'elle avait entendu dire lors de la réunion du personnel que ce n'était pas la première fois que la personne résidente n° 002 manifestait cette sorte de comportement envers la personne résidente n° 001.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

Une entrevue avec la personne résidente n° 001 à une date identifiée a révélé qu'elle ne se souvenait pas d'avoir manifesté des comportements réactifs de nature sexuelle envers toute personne résidente du foyer.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, la personne résidente n° 003 a déclaré qu'elle ne se souvenait pas d'avoir subi des attouchements de nature sexuelle de la part d'une autre personne résidente du foyer.

Lors d'une entrevue le 2 septembre 2016, l'administratrice a déclaré qu'elle avait été informée que la personne résidente n° 001 faisait l'objet d'une étroite surveillance individuelle par le personnel après le premier cas allégué d'incident de nature sexuelle à une date identifiée. L'administratrice a déclaré qu'elle avait reçu un courriel du responsable de garde à cette date identifiée, indiquant que la personne résidente n° 001 était surveillée, et que si les personnes résidentes n° 001 et 002 cherchaient à se rencontrer ou avaient des comportements de nature sexuelle, il faudrait procéder à d'autres interventions. Le plan consistait à surveiller les personnes résidentes n° 001 et 002 dans l'unité et dans la salle à manger, et à les séparer si on les trouvait à proximité l'une de l'autre. On avait demandé à l'IA n° 107 de faire part du cas allégué d'incident de nature sexuelle au personnel des autres quarts de travail. L'administratrice a déclaré qu'elle pensait que la personne résidente n° 001 avait fait l'objet d'une surveillance individuelle pendant la période identifiée qui a suivi le premier cas allégué d'incident de nature sexuelle entre les personnes résidentes n° 001 et 002. L'administratrice a déclaré que le mandataire spécial des personnes résidentes, le MSSLD et le corps de police avaient été immédiatement contactés concernant le premier incident à la date identifiée. L'administratrice a également indiqué que les deux personnes résidentes n'avaient pas la capacité de comprendre des comportements de nature sexuelle ni de donner un consentement pour en avoir. La surveillance individuelle a été mise en œuvre le lendemain du troisième cas allégué d'incident de nature sexuelle entre les personnes résidentes n° 001 et 003.

Le 2 septembre 2016, l'administratrice a montré à l'inspectrice n° 211 le courriel intitulé « Rapport sur un incident de nature sexuelle entre deux personnes résidentes » à une date identifiée qui avait été envoyé par l'administratrice au responsable de garde de service au sujet du premier rapport de cas allégué de comportement sexuel à la date identifiée susmentionnée, pour confirmer si l'on avait dit au personnel d'instaurer une surveillance individuelle. La réponse par courriel du responsable de garde à la date identifiée indiquait qu'il avait laissé un message, le lendemain du premier cas allégué d'incident de comportement sexuel, pour que le personnel infirmier l'avise si les deux personnes résidentes cherchaient toujours à être ensemble et avaient des comportements de nature sexuelle, et que l'on examinerait les interventions à ce moment-là. Les renseignements contenus dans le courriel susmentionné ne mentionnaient pas d'autres interventions ni la fréquence de la surveillance.

L'administratrice a révélé que le directeur n'avait pas été immédiatement informé du troisième cas présumé de comportement sexuel à une date identifiée, et que l'on n'avait pas fait de rapport d'incident critique concernant l'incident présumé de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé par la personne résidente n° 001 à la personne résidente n° 003, parce que le responsable de garde n'avait jamais été informé ce jour-là de l'incident. L'IA responsable du foyer pendant le quart de travail spécifié à cette date identifiée, aurait dû appeler le responsable de garde et contacter immédiatement la police. L'administratrice a déclaré qu'elle avait oublié de remplir le rapport d'incident critique suivant quand elle était retournée au travail. L'administratrice a confirmé qu'il n'y avait pas de supervision individuelle pour

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

la personne résidente n° 001 à compter du premier incident de cas allégué de comportement sexuel jusqu'à quatre jours plus tard.

Une entrevue avec l'administratrice le 13 octobre 2016, indiquait que la personne résidente n° 001 avait fait l'objet d'une évaluation, par le médecin et l'infirmière d'intervention dans le domaine des soins gériatriques, après que la personne résidente eût manifesté un comportement réactif d'ordre physique lors d'un incident à une date identifiée. Le comportement réactif d'ordre physique de la personne résidente qui n'était pas de nature sexuelle ne s'est produit qu'une seule fois.

L'administratrice a indiqué le 2 septembre 2016 que la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 n'étaient pas protégées contre les comportements réactifs de nature sexuelle de la personne résidente n° 001 à compter du premier incident et jusqu'à quatre jours plus tard, date à laquelle on a effectué des changements au programme de soins de la personne résidente n° 001.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

1. LFSLD par. 20 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. (Voir l'AE n° 2)
2. LFSLD par. 23 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate : (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit. (Voir l'AE n° 3)
3. LFSLD par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. (Voir l'AE n° 4)
4. Règl. de l'Ont. 79/10, article 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. (Voir l'AE n° 5)

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné a été déterminée comme étant un « préjudice réel » et sa portée a été identifiée comme étant un « modèle », car deux personnes résidentes ont fait l'objet d'un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel par la personne résidente n° 001 lors de deux dates identifiées. [Paragraphe 19 (1)]

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

31 janvier 2017 (A1)



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donné et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est 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 est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au:

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S-2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, 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 rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de
révision des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Ontario ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Émis le 23 décembre 2016 (A1)

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : LISA KLUKE – (A1)

Bureau régional de services : Ottawa