



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

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

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

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

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

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

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

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

## **Copie du public**

---

<b>Date du rapport</b>	<b>N° de l'inspection</b>	<b>N°s de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
2 février 2018	2017_621547_0020	022665-17, 024185-17, 025492-17, 025999-17, 026003-17	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 des inspectrices**

LISA KLUKE (547), MELANIE SARRAZIN (592)

---

## **Résumé de l'inspection**



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

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

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

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

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

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 6, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 19, 20 et 21 décembre 2017.**

**Les incidents critiques suivants dont les rapports ont été soumis par le titulaire de permis ont également fait l'objet d'une inspection pendant la présente inspection :**  
**N° de registre 022665-17 relativement à des allégations d'attouchements inappropriés de nature sexuelle d'une personne résidente de la part d'une personne résidente,**  
**N° de registre 024185-17 relativement à une chute avec blessure d'une personne résidente,**  
**N° de registre 025492-17 relativement à des allégations d'altercation physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente,**  
**N°s de registre 025999-17 et 026003-17 relativement à des allégations de soins inadéquats d'une personne résidente avec blessures.**

**Un suivi de l'ordre de l'inspection n° 2017\_261547\_0019 a été effectué en même temps que la présente inspection. Un avis de non-respect relativement au registre n° 025999-17 est émis dans le cadre du rapport de suivi.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice, responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), responsable du programme des soins personnels (RPSP), chef de bureau, commis d'unité, infirmières/infirmiers autorisés (IA), infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), aide-ménagères, personnes résidentes et membres des familles.**

**En outre, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des documents relatifs à l'enseignement, y compris des feuilles de présence du personnel pour la prévention des mauvais traitements et de la négligence et pour les exigences en matière de rapports; elles ont examiné des listes des cours suivis par le personnel du foyer pour les cours de la compagnie Surge Learning sur la politique n° 750:65 (2017) « Abuse » (mauvais traitements) en français et en anglais. Elles ont examiné les plus récentes politiques et marches à suivre relatives aux mauvais traitements et à la négligence ainsi qu'à l'obligation de faire rapport des incidents concernant les personnes résidentes.**



L'équipe d'inspection a examiné les formulaires de plainte et les documents des enquêtes pour les incidents critiques identifiés. Les inspectrices ont observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes ainsi qu'entre personnes résidentes.

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

Hospitalisation et changement d'état de santé  
Services de soutien personnel  
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles  
Comportements réactifs

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

3 AE  
1 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA

## NON-RESPECT DES EXIGENCES

### Définitions

**AE** — Avis écrit  
**PRV** — Plan de redressement volontaire  
**RD** — Renvoi de la question au directeur  
**OC** — Ordres de conformité  
**OTA** — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves**

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

**Par. 107. (3.1) Si un incident qui se produit cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire de permis fait ce qui suit :**

- a) il contacte l'hôpital dans les trois jours civils après que l'incident s'est produit pour établir si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident;**
- b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il est toujours incapable d'établir si la lésion a effectivement provoqué un tel changement, il informe le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (4).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, si un incident qui s'est produit a causé une lésion à une personne résidente et nécessité son transport à un hôpital, à contacter l'hôpital dans les trois jours civils, et à informer le directeur de l'incident dans un délai de trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit.

Le foyer a soumis à une certaine date un rapport d'incident critique au directeur en application de la LFSLD pour un incident qui s'était produit 13 jours auparavant et qui concernait la personne résidente 006. (Registre n° 024185-17)

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 006, qui indiquaient qu'elle avait été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Les dossiers médicaux indiquaient que la personne résidente 006 se déplaçait de façon autonome dans l'unité et nécessitait de la supervision avec une assistance limitée du personnel pour les soins personnels. Les notes d'évolution de la personne résidente 006 indiquaient qu'elle avait fait une chute à deux reprises en un court laps de temps à une certaine date en se déplaçant dans l'unité. En l'espace de 24 heures, on avait trouvé que la personne résidente avait une diminution de la force musculaire et un inconfort concernant un membre particulier. Les notes d'évolution indiquaient de plus que l'on avait communiqué avec la famille et qu'elle avait refusé d'envoyer la personne résidente à l'hôpital. La famille avait demandé au foyer de

garder la personne résidente de façon à ce qu'elle soit confortablement installée jusqu'à ce que les services de radiographie mobiles viennent l'évaluer à une certaine date, cinq jours après les chutes. La personne résidente 006 a été envoyée à l'hôpital avec l'approbation de la famille après que l'on eût effectué la radiographie. Les notes d'évolution indiquaient, le jour du transfert de la personne résidente à l'hôpital, que ce dernier avait contacté le foyer plus tard ce jour-là pour l'informer que la personne résidente 006 avait une certaine fracture qui nécessitait une intervention chirurgicale prévue pour le lendemain. La personne résidente 006 était revenue au foyer quatorze jours après que les chutes avaient eu lieu.

Le 18 décembre 2017, la/le responsable du programme des soins personnels (RPSP) a indiqué à l'inspectrice 592 qu'on l'avait mis(e) au courant de l'état de santé physique et du changement important de l'état de santé de la personne résidente 006 le lendemain du jour de son admission à l'hôpital, et que l'on avait rédigé un rapport d'incident critique ce jour-là. La/le RPSP a dit être incapable d'expliquer pourquoi le rapport d'incident critique n'avait pas été soumis au directeur ce jour-là. Le foyer a informé le directeur à une certaine date, huit jours ouvrables après que l'on eût envoyé la personne résidente 006 à l'hôpital. [Paragraphe 107 (3.1)]

### ***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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que si un incident qui s'est produit a causé une lésion à une personne résidente et a nécessité son transport à un hôpital, le titulaire de permis doit contacter l'hôpital dans les trois jours civils, et informer le directeur de l'incident dans les trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**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. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les 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).**



## Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence conformément à la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 20 (1), lorsque l'on n'a pas immédiatement fait rapport au directeur des mauvais traitements d'une personne résidente comme l'indique la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 20 (2) d).

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend 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.

À une certaine date, on a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu plus tôt à cette même date et concernaient les personnes résidentes 001 et 002.

(Registre n° 022665-17)

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 :

Les notes d'évolution indiquaient qu'à un moment déterminé de cette certaine date on avait trouvé la personne résidente 001 dans la chambre de la personne résidente 002. On avait observé la personne résidente 001 assise sur le lit de la personne résidente 002, tenant fermement une des mains de la personne résidente 002 tout en la déshabillant de l'autre main. Les notes indiquaient de plus que les vêtements de la personne résidente 002 étaient complètement enlevés, et que son produit pour l'incontinence était à moitié arraché. Les notes indiquaient en outre que deux PSSP et une/un IA avaient immédiatement arrêté les agissements de la personne résidente 001 et l'avaient fait sortir de la chambre de la personne résidente 002. Les notes décrivaient en outre qu'immédiatement après l'incident la personne résidente 001 avait fait des attouchements inappropriés à l'IA quand l'IA tentait de lui donner des médicaments. La personne résidente 001 avait fait l'objet d'une surveillance individuelle immédiatement après cet incident.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 001, on indiquait qu'elle avait été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. On indiquait également que la personne résidente 001 avait plusieurs comportements comme être sujette à l'errance dans l'unité, opposer de la résistance aux soins et être physiquement agressive envers les membres du personnel. Les dossiers médicaux indiquaient également qu'au moment de l'incident la personne



résidente 001 se déplaçait de façon autonome et n'était pas identifiée comme ayant des comportements sexuels. On avait évalué que la personne résidente 001 était incapable de prendre des décisions en raison de ses piètres fonctions cognitives au moment de l'incident.

L'inspectrice 592 a examiné l'historique des dossiers médicaux de la personne résidente 002; il indiquait qu'elle avait été admise à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment un trouble de la parole et une déficience cognitive déterminée avec une aptitude à prendre des décisions gravement affaiblie. Les dossiers médicaux indiquaient que la personne résidente 002 dépendait du personnel pour les soins personnels, notamment pour les transferts et la mobilité dans le lit.

Le 12 décembre 2017, la/le PSSP 115 a indiqué à l'inspectrice 592 être un des membres du personnel qui avait découvert cet incident, et qu'à un certain moment une des personnes résidentes de l'étage l'avait avisé(e) que l'on avait remarqué que la personne résidente 001 se trouvait dans la chambre de la personne résidente 002. La/le PSSP 115 a indiqué être immédiatement allé(e) dans la chambre de la personne résidente 002, et avoir observé que la personne résidente 001 était assise sur le lit de la personne résidente 002, en tenant fermement une des mains de la personne résidente. La/le PSSP 115 a remarqué que la personne résidente 001 avait enlevé les vêtements du haut de la personne résidente 002 en la mettant à nu, et que le produit pour incontinence de la personne résidente était à moitié arraché. La/le PSSP 115 a indiqué que la personne résidente 002 dépend des membres du personnel pour les soins et que son changement de position est habituellement difficile à cause de la raideur de ses articulations et de sa résistance aux soins personnels. La/le PSSP 115 a indiqué que la personne résidente 002 n'était pas capable de bouger de façon autonome dans son lit en raison de ses limitations physiques et qu'avant cet incident, on lui avait changé son produit pour incontinence et qu'on l'avait changée de position 30 minutes avant cet incident. La/le PSSP 115 a dit que la personne résidente 002 n'était pas capable de prendre des décisions en raison d'une déficience cognitive d'un stade avancé, et qu'elle était incapable de s'exprimer verbalement en raison d'un trouble de la parole, toutefois, la/le PSSP 115 a remarqué que la personne résidente 002 se débattait et tenait ses vêtements pendant que la personne résidente 001 lui enlevait ses vêtements du haut. La/le PSSP 115 a indiqué de plus avoir hurlé pour avoir de l'aide et avoir fait immédiatement rapport de cet incident à l'IA responsable de l'unité en raison de la gravité de la situation.



L'IA105 a indiqué à l'inspectrice 592 être l'IA qui était intervenu(e) lors de l'incident à cette date déterminée, car il/elle assurait la permanence pour l'unité des personnes résidentes 001 et 002. L'IA 105 a indiqué qu'immédiatement après avoir été avisé(e) de l'incident par la/le PSSP 115, il/elle s'était rendu(e) dans la chambre de la personne résidente 002 et avait fait sortir la personne résidente 001 de la chambre avec l'aide de deux PSSP. L'IA a indiqué avoir placé la personne résidente 001 sous surveillance individuelle pour veiller à ce qu'elle ne soit en contact avec aucune autre personne résidente, parce que la personne résidente 001 affichait toujours des comportements de nature sexuelle, car elle avait fait des attouchements inappropriés à l'IA 105 pendant que l'IA essayait de la calmer. L'IA 105 a indiqué qu'en raison de la gravité des observations de nature sexuelle, elle avait contacté pour avoir des conseils son/sa collègue de travail, l'IA 106, affecté(e) à une autre unité, car ils/elles étaient les deux IA qui travaillaient dans le bâtiment au moment de l'incident. L'IA 105 a dit qu'après lui avoir parlé l'IA 106 ne lui avait pas donné de directives ni de conseils concernant l'incident et qu'il/elle avait décidé d'envoyer un courriel à son/sa chef à la fin de son poste de travail. L'IA 105 a indiqué qu'habituellement elle aurait contacté la/le responsable de garde au foyer, conformément à la politique du foyer, néanmoins il/elle ne l'avait pas fait.

L'IA 106 a indiqué à l'inspectrice 592 se souvenir d'avoir parlé à l'IA 105 pendant le poste de travail où l'incident avait eu lieu et ne pas savoir exactement au premier abord si les gestes de nature sexuelle concernaient l'IA 105 ou avaient eu lieu entre les deux personnes résidentes. L'IA 106 a dit en outre avoir été informé(e) des comportements sexuels de la personne résidente 001 à l'égard de la personne résidente 002 à ce moment-là, mais ne pas avoir demandé d'autres éclaircissements à ce moment-là, et ne pas avoir donné de directives particulières à l'IA 105.

L'incident documenté à cette date déterminée peut être considéré comme un comportement sexuel non consensuel, car la personne résidente 002 était incapable de fournir un consentement en raison d'une déficience cognitive à un stade avancé.

La politique du foyer 750.65 intitulée « Abuse » (mauvais traitements) révisée pour la dernière fois en juin 2017 et en vigueur au moment de l'incident indiquait qu'il est obligatoire de faire rapport des mauvais traitements; tous les membres du personnel sont tenus de faire rapport de tout mauvais traitement, de tout cas soupçonné ou allégué de mauvais traitement immédiatement à l'infirmière/l'infirmier responsable ou bien à sa superviseure respectivo ou à son superviseur respectif. La politique indiquait de plus dans la marche à suivre que l'infirmière/l'infirmier responsable devait immédiatement faire rapport de l'allégation à l'administratrice et à la/au responsable des soins des personnes résidentes ou bien à sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné.



La/le RPSPR a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il y avait des motifs suffisants pour soupçonner qu'un mauvais traitement d'ordre sexuel avait eu lieu ou aurait pu avoir lieu en raison du comportement non consensuel de nature sexuelle de la personne résidente 001 envers la personne résidente 002. La/le RPSPR a dit en outre avoir été mis(e) au courant de l'incident à la lecture de son courriel trois heures plus tard à cette même date, et que l'IA responsable de cette unité déterminée aurait dû prendre des mesures immédiates comme contacter la/le responsable de garde conformément à la politique du foyer afin de recevoir des directives. [Paragraphe 20 (1)]

2. Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, on définit les mauvais traitements d'ordre physique comme étant l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur, ou l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

À une certaine date, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une allégation d'administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente qui avait eu lieu huit jours plus tôt et qui concernait la personne résidente 005. (Registre n° 025999-17)

La/le responsable du programme des soins personnels (RPSP) a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer avait été mis au courant de cette préoccupation par la famille de la personne résidente concernant un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente qui avait causé une lésion à la personne résidente 005 à une certaine date. La famille de la personne résidente avait indiqué à l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 101, en qualité d'IA responsable de l'unité de la personne résidente, qu'ils avaient remarqué qu'un membre de la personne résidente 005 était enflé avec altération de l'intégrité épidermique. La famille de la personne résidente avait indiqué en outre à l'IA 101 que la personne résidente leur avait dit que quelqu'un l'avait blessée à un membre. La/le RPSP a indiqué que l'IA 101 n'avait pas immédiatement fait rapport des faits à la/au responsable de garde comme l'exigent la politique du foyer intitulée « Abuse » (mauvais traitements) et sa marche à suivre. La/le RPSP a indiqué avoir été mis(e) au courant de cet incident le lendemain, quand la famille de la personne résidente l'avait rencontré(e) dans son bureau et avait fait état de cette préoccupation d'allégation de mauvais traitement de la personne résidente par un membre du personnel qui avait causé à la personne résidente 005 une lésion à un certain membre.

Le 20 décembre 2017, l'IA 101 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'à ce moment-là elle n'avait pas considéré ce sujet d'inquiétude de la famille comme étant un mauvais traitement, lorsque la famille avait indiqué qu'elle soupçonnait qu'un mauvais traitement était la cause de la lésion de la personne résidente 005. L'IA 101 a indiqué ne pas avoir fait rapport de ce sujet d'inquiétude à la/au responsable de garde, car l'IA n'avait pas effectivement été témoin d'un mauvais traitement. L'IA 101 a indiqué avoir laissé un message vocal à l'administratrice à la date spécifiée à laquelle la famille avait attiré son attention sur ce point, car il/elle pensait que l'administratrice aimerait connaître le sujet de préoccupation de la famille. L'IA 101 a dit en outre être au courant que l'administratrice ne travaillait pas ce jour-là. L'IA 101 a de plus indiqué être effectivement allé(e) faire une évaluation de la personne résidente 005 de la tête aux pieds et avoir remarqué que le membre de la personne résidente avait une lésion comme l'avait indiqué la famille de la personne résidente. L'IA 101 n'avait pas interrogé la personne résidente, car il/elle a indiqué que celle-ci avait une déficience cognitive.

La politique du foyer 750.65 intitulée « Abuse » (mauvais traitements) révisée pour la dernière fois en juin 2017 indiquait qu'il est obligatoire de faire rapport des mauvais traitements; tous les membres du personnel sont tenus de faire rapport immédiatement de tout mauvais traitement, de tout cas soupçonné ou allégué de mauvais traitement à l'infirmière/l'infirmier responsable ou bien à sa superviseure respectivo ou à son superviseur respectif. Cette politique indiquait dans la marche à suivre que l'infirmière/l'infirmier responsable fait immédiatement rapport de l'allégation de mauvais traitement à l'administratrice et à la/au responsable des soins aux personnes résidentes ou bien à sa remplaçante désignée ou à son remplaçant désigné.

Le 19 décembre 2017, la/le RPSP a indiqué à l'inspectrice 547 que l'IA 101 était l'infirmière/l'infirmier responsable dans le bâtiment au moment où on lui a fait rapport de ce cas allégué de mauvais traitement. L'IA 101 était tenu(e) d'appeler la/le responsable de garde qui agissait à titre de remplaçante désignée/remplaçant désigné de l'administratrice ou la/le responsable des soins aux personnes résidentes. La/le RPSP a dit en outre que le personnel infirmier autorisé n'est pas censé laisser de message vocal concernant des mauvais traitements aux responsables ou à l'administratrice. Ainsi, l'IA 101 avait été mis(e) au courant de l'allégation de cas soupçonné de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 005 à une date déterminée, et n'en avait pas immédiatement fait rapport à la/au responsable de garde comme l'exige la politique du foyer. [Paragraphe 20 (1)]

**AE n° 3 : 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. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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), 195 (2).**

#### **Constatations :**

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

La personne résidente 005 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux.

À une certaine date, le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué d'administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente 005, ce qui s'était traduit par une blessure à un membre.

(Registre n° 025999-17)



À une certaine date, on avait fait rapport, à l'IA 101 de l'étage, de ce cas allégué d'administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente 005, et l'on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de cette allégation comme cela est requis. On avait alors fait rapport à la/au RPSP de ce cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel dans une plainte officielle le lendemain. La/le RPSP a indiqué avoir immédiatement commencé son enquête, toutefois il/elle avait fait rapport de cet incident critique au directeur seulement neuf jours après que l'on eût fait rapport de l'incident au titulaire de permis. [Paragraphe 24 (1)]

2. La personne résidente 004 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux.

À une certaine date, le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué d'administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente 004 qui s'était traduit par une certaine lésion à la personne résidente. (Registre n° 026003-17)

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) du foyer a indiqué à l'inspectrice 547 lors d'un entretien concernant cet incident critique qu'à une certaine date, la mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente lui avait fait part d'inquiétudes concernant des allégations de cas soupçonné de mauvais traitement d'ordre physique envers la personne résidente 004 en lien avec ses lésions. La/le RPSPR a indiqué avoir immédiatement commencé son enquête et avoir appelé la police pour faire ce rapport, toutefois il/elle n'avait pas fait rapport de cet incident critique avant une certaine date, plus de 24 heures après que le titulaire de permis eût été mis au courant de cette allégation de cas suspecté de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 004 qui s'était traduit par un préjudice pour elle. [Paragraphe 24 (1)]

**Émis le 2 février 2018**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

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