



**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

Date du rapport	N° de l'inspection	N° de registre	Type d'inspection
26 octobre 2017	2017_621547_0011	013393-17	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis

CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

Noms des inspectrices

LISA KLUKE (547), JOANNE HENRIE (550)

Résumé de l'inspection



Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Cette inspection a eu lieu aux dates suivantes : 29, 30 et 31 août, et 1^{er}, 5, 6 et 7 septembre 2017.

Les inspections suivantes relatives à des incidents critiques ont été effectuées pendant cette inspection de la qualité des services aux personnes résidentes : n^{os} de registre 011530-17 et 012700-17 relativement à des incidents allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : plusieurs personnes résidentes, familles, présidente/président du conseil des résidents, un membre du conseil des familles, personnel infirmier autorisé et non autorisé, responsable des activités, chef des installations matérielles (CIM), personnel des services d'entretien ménager, directrice adjointe/directeur adjoint des soins (DADS), directrice/directeur des soins (DDS) et administrateur.

En outre, l'équipe d'inspection a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, des politiques et des marches à suivre concernant ce qui suit : automédication, rapports d'incidents liés aux médicaments, moyens de contention, prévention et contrôle des infections, prévention des mauvais traitements et de la négligence. L'équipe d'inspection a observé les interactions des personnes résidentes, des éléments des soins aux personnes résidentes et les interactions avec le personnel, ainsi que les services d'administration des médicaments.

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

Services d'hébergement - entretien ménager

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Dignité, choix et vie privée

Prévention des chutes

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Soins de la peau et des plaies



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

16 AE
5 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.

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 la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19. Obligation de protéger

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

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les personnes résidentes du foyer de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de personnes résidentes de la part de la personne résidente 022.



Le mauvais traitement d'ordre sexuel est défini par le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 2 et s'entend :

- 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. (« sexual abuse »)

Le titulaire de permis a soumis au directeur en juin 2017 deux incidents critiques relativement à des incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente mettant en cause la personne résidente 022 :

Le 9 juin 2017, le foyer a soumis de l'information concernant quatre incidents distincts de cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente, qui ont eu lieu au cours d'une certaine période de cinq mois en 2017.

Le 21 juin 2017, le foyer a soumis de l'information concernant deux incidents distincts de cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente, qui ont eu lieu à une certaine date.

Le 31 août 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 102 concernant l'incident documenté d'attouchements de nature sexuelle non consensuels qui a eu lieu à l'égard de la personne résidente 026 à une certaine date. L'IA 102 a indiqué avoir immédiatement parlé à la personne résidente 022 qui lui a dit avoir fait des attouchements à la personne résidente 026 sur une certaine partie du corps. L'IA 102 a en outre eu un entretien avec la personne 026 qui était bouleversée par le fait que la personne résidente 022 lui avait fait des attouchements sur une certaine partie du corps, et qui ne voulait pas que cela se reproduise. D'après cette information, on peut définir l'incident qui s'est produit à une certaine date comme étant non consensuel. L'IA 102 a indiqué ne pas avoir fait rapport de cet incident au directeur du ministère de la Santé, mais qu'il/elle pensait avoir laissé un message vocal au sujet de cet incident à l'intention de la directrice/du directeur des soins (DDS) ce jour-là, car il incombe à la/au DDS de faire ce rapport au directeur du ministère de la Santé.

Le 1^{er} septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 104 qui avait observé les attouchements de nature sexuelle non consensuels à l'égard de la personne résidente 029 à une certaine date. L'IA 104 avait également observé les attouchements de nature sexuelle non consensuels à l'égard de la personne résidente 027 à une certaine date distincte. L'IA 104 a indiqué ne pas avoir fait rapport de ces incidents au directeur du ministère de la Santé, car il/elle était sous le choc et ne savait pas exactement ce qu'il/elle devait faire. L'IA a indiqué avoir reçu de la formation sur les mauvais traitements dans un autre foyer de soins de longue durée, après ces incidents, et avoir reconnu que ces incidents étaient de nature abusive et en avoir fait rapport à la/au DDS lors de son quart de travail suivant. L'IA ne se souvenait pas de la date à laquelle il/elle en avait fait rapport à la/au DDS, toutefois c'était à un certain moment au cours d'un mois déterminé.



Le 7 septembre 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice 547 que les personnes résidentes 027, 028 et 029 avaient toutes de la démence et ne seraient pas capables de consentir à des attouchements inappropriés de nature sexuelle de la part de la personne résidente 022. Le personnel infirmier était au courant des incidents susmentionnés et les avait normalisés en les qualifiant de comportements réactifs pour la personne résidente 022, et n'avait pas reconnu qu'il s'agissait de mauvais traitement d'ordre sexuel des personnes résidentes 027, 028 et 029, car elles n'étaient pas capables d'exprimer leurs sentiments en raison de leur déficience cognitive. La/le DDS a réalisé qu'il était nécessaire de donner une formation à tous les membres du personnel infirmier afin qu'ils soient sensibilisés pour reconnaître des mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard de personnes résidentes non consentantes. La/le DSS a confirmé en outre que l'on n'avait pas donné d'enseignement sur la prévention des mauvais traitements tous les ans tel que requis.

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17. Système de communication bilatérale

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

Par. 17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**



Constatations :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel concernant tout particulièrement les dispositions 17 (1) a) et d) :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps;

d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les personnes résidentes.

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est désigné sous le nom de « sonnette d'appel ».

Le 29 août 2017, l'inspectrice 550 a remarqué que la salle de bain commune 122-b avait une sonnette d'appel et un cordon qui n'étaient pas aisément accessibles par toute personne résidente assise sur cette toilette.

Le 7 septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'aide-ménagère/l'aide-ménager 114 qui nettoyait la salle de bain 122-b, et lui a demandé si qui que ce soit pouvait atteindre la sonnette d'appel dans cette pièce en étant assis sur la toilette. L'aide-ménagère/l'aide-ménager 114 a indiqué que le cordon de la sonnette d'appel était trop petit et qu'on ne pouvait pas l'atteindre quand on est assis sur la toilette, qu'il/elle l'avait remarqué auparavant et se demandait pourquoi c'était comme cela. L'inspectrice 547 a eu un entretien avec la/le « chef des installations matérielles (CIM) » qui a indiqué en entrant dans cette salle de bain que cette sonnette d'appel n'était pas accessible aux personnes résidentes qui utiliseraient cette toilette, et que le cordon de la sonnette d'appel devrait être plus long et connecté d'une certaine façon à l'accoudoir de la barre d'appui à côté de la toilette pour en faciliter l'accès aux personnes résidentes. La/le CIM a indiqué en outre ne pas avoir été au courant de cette sonnette d'appel manquante jusqu'à ce que l'inspectrice 547 le lui signale durant cette inspection.

Le 29 août 2017, l'inspectrice 550 a remarqué que la salle de bain de l'unité 1C des personnes atteintes de démence comportait une baignoire et un espace distinct pour la douche. L'inspectrice 550 a remarqué qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel située dans la section de cette pièce où se trouvait la baignoire. Le 7 septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la/le CIM concernant l'installation des sonnettes d'appel dans la salle de bain de l'unité 1C des personnes atteintes de démence, et il/elle a indiqué que la sonnette d'appel se trouve dans la zone douche de cette pièce. La/le CIM a indiqué que la sonnette d'appel située à côté de la baignoire n'est plus fonctionnelle, et qu'ils l'avaient donc recouverte puisqu'ils pensaient qu'ils n'avaient besoin que d'une sonnette d'appel dans la pièce. La/le CIM a indiqué que la sonnette d'appel de la zone douche de cette pièce n'est pas accessible aux personnes résidentes ni aux membres du personnel infirmier quand ils assistent les personnes résidentes dans la baignoire en tout temps, y compris en cas d'urgence. La/le CIM a affirmé



ne pas être au courant qu'il devait y avoir une sonnette d'appel à chaque endroit où se trouve une baignoire utilisée par des personnes résidentes.

Par conséquent, le foyer n'est pas doté d'un système de communication bilatérale qui est accessible à partir de chaque endroit où se trouve une baignoire utilisée par des personnes résidentes dans l'unité 1C des personnes atteintes de démence.

On remarquait en outre que les problèmes de sonnette d'appel de la salle de bain partagée 122-b et de la salle de bain de l'unité 1C des personnes atteintes de démence avaient été mentionnés dans un précédent rapport d'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2014_289550_0016. [Par. 17. (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 le respect de l'exigence selon laquelle le foyer est doté d'un système de communication bilatérale aisément accessible et utilisable par les personnes résidentes, et accessible à chaque endroit où se trouve une baignoire. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

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. 29. Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents

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

Par. 29. (2) La politique doit être conforme aux exigences que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 29 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer visant à réduire au minimum la contention sur les personnes résidentes soit conforme aux exigences que prévoient les règlements.

Les 29 et 31 août 2017, l'inspectrice 547 a observé la personne résidente 009 qui portait un appareil mécanique en étant assise dans un fauteuil roulant. La personne résidente a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'était pas toujours capable d'enlever tout le temps l'appareil mécanique, et qu'elle ne l'aimait pas parce qu'il l'empêchait de se lever et de faire des choses.



Le 30 août, et les 5 et 6 septembre 2017, l'inspectrice 550 a observé la personne résidente 006 qui portait ce même appareil mécanique en étant assise dans un fauteuil roulant. La personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'enlever l'appareil mécanique. On a déterminé ultérieurement, dans le cadre d'entretiens avec le personnel et avec la conjointe/le conjoint de la personne résidente, que l'on avait recours à l'appareil mécanique pour empêcher la personne résidente de se lever du fauteuil roulant par ses propres moyens et de faire une chute.

Un examen de la documentation figurant sur la feuille de soins des moyens de contention des deux personnes résidentes révélait que leur réaction à la contention, leur changement de position et les soins fournis par la suite n'étaient pas documentés.

L'inspectrice 550 a examiné avec le nouvel administrateur du foyer la politique du foyer relative à la contention intitulée « resident with restraint and / or use of devices and personal assistance devices » (contention des personnes résidentes et/ou recours à des appareils et à des appareils d'aide personnelle) révisée en juin 2017. On a déterminé que la politique actuelle du foyer ne contenait pas toutes les exigences figurant aux articles 109 à 113 du Règlement de l'Ontario 79/10 relativement à la politique écrite du foyer visant le recours minimal à la contention, les exigences relatives à la contention au moyen d'un appareil mécanique et l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle ou l'utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements, y compris l'analyse et l'évaluation de la contention. L'administrateur a indiqué à l'inspectrice que la politique actuelle du foyer relative à la contention doit être révisée pour veiller à ce qu'elle contienne toutes les dispositions requises par la législation. [Par. 29. (2)]

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 le respect de l'exigence selon laquelle la politique écrite du foyer visant le recours minimal à la contention sur les personnes résidentes doit être conforme aux exigences que prévoient les règlements. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

Par. 129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,

(ii) il est sûr et verrouillé,

(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,

(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le 7 septembre 2017, la directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 550 lors d'un entretien que les substances désignées dont on avait cessé l'utilisation sont entreposées à l'intérieur de la salle des médicaments verrouillée dans une armoire verrouillée fixée en permanence sous le comptoir jusqu'à ce que la pharmacienne ou le pharmacien les détruise. L'inspectrice 550 a observé ladite armoire verrouillée fixée en permanence sous le comptoir à l'intérieur de la salle d'entreposage des médicaments du premier étage qui est verrouillée. La porte de l'armoire était dotée d'un verrou muni d'une clé qui lorsqu'il est ouvert donne accès aux substances désignées; cette armoire n'était pas verrouillée à double tour. La directrice/le directeur des soins a dit à l'inspectrice ne pas être au courant de l'exigence de la loi voulant que, lorsque des substances désignées ne sont pas entreposées dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé, elles doivent être entreposées dans une armoire distincte verrouillée à double tour et fixée en permanence dans un endroit verrouillé.

Par conséquent, les substances désignées dont on avait cessé l'utilisation n'étaient pas entreposées dans une armoire distincte verrouillée à double tour et fixée en permanence dans la salle des médicaments verrouillée. [Alinéa 129. (1) b)]

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 le respect de l'exigence selon laquelle les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour dans l'endroit verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135. Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

Par. 135. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

- a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1)**
- b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**

Par. 135. (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- b) les mesures correctrices nécessaires sont prises; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**

Par. 135. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**



Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas expressément veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

b) rapportés à la personne résidente, à sa ou son mandataire spécial, s'il en a, à la directrice/au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, à la directrice médicale/au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant de la personne résidente ou bien à l'infirmière autorisée ou à l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente, et au fournisseur de services pharmaceutiques.

L'inspectrice 550 a examiné les rapports d'incidents liés à des médicaments du foyer pour les trois derniers mois. Un certain rapport rempli par l'IA 110 indiquait que la personne résidente 023 avait reçu un certain médicament à trois reprises déterminées, toutefois le médicament n'avait jamais été prescrit à cette personne résidente.

La documentation figurant dans le rapport et un entretien avec la/le DDS le 5 septembre 2017 ont révélé qu'à une certaine date, l'IA 110 avait reçu un ordre téléphonique de la/du médecin de la personne résidente 024 pour augmenter la dose du médicament qui lui était prescrit. L'IA 110 a transcrit l'ordre dans le dossier de la personne résidente et l'a télécopié à la pharmacie. L'IA n'a pas réalisé que la feuille de l'ordre du médecin dans le dossier de la personne résidente 024 concernait la personne résidente 023. La pharmacie a traité l'ordre pour la personne résidente 023, et le médicament a été fourni au foyer pour la personne résidente 023 au lieu de la personne résidente 024. À une certaine date, quand l'IA 110 a remarqué l'erreur concernant le médicament, la personne résidente 023 avait déjà reçu trois doses de ce médicament.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 024. La feuille du dossier d'administration des médicaments (MAR) pour un certain mois indiquait que l'on avait administré à la personne résidente la dose initiale de ce médicament à trois reprises distinctes, conformément à l'ordre précédent de la/du médecin. La personne résidente n'avait pas reçu la nouvelle dose prescrite, telle que requise. L'inspectrice a été incapable de trouver un document indiquant que la personne résidente 024 et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, la directrice médicale/le directeur médical et le fournisseur de services pharmaceutiques avaient été informés de l'incident lié au médicament.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 023 et a été incapable de trouver de la documentation indiquant que la directrice médicale/le directeur médical et le fournisseur de services pharmaceutiques avaient été informés de l'incident lié au médicament.

Lors d'un entretien le 31 août et le 5 septembre 2017, la directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice que le foyer s'attend à ce que toutes les erreurs concernant les médicaments et les réactions indésirables aux médicaments soient documentées dans le formulaire intitulé « Medication Incident Report » (rapport d'incident lié à des médicaments), et cela n'avait pas été fait pour la personne résidente 024, car ils avaient oublié de le faire. Parce que l'on n'avait pas rempli de formulaire de rapport d'incident lié à des médicaments pour la personne résidente 024, le personnel a oublié d'informer la personne résidente 024 et sa mandataire spéciale/son mandataire spécial de l'incident lié au médicament. La pharmacienne clinicienne-conseil/le pharmacien clinicien-conseil et la/le médecin-conseil du foyer n'avaient pas été avisés des deux incidents liés à des médicaments, car ce n'est pas dans les habitudes actuelles du foyer de le faire. [Paragraphe 135. (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments soient documentés, examinés et analysés,
- b) les mesures correctrices nécessaires soient prises.
- c) soit consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

Le 5 septembre 2017, l'inspectrice 550 a examiné les rapports d'incidents liés à des médicaments du foyer sur une période déterminée, et a demandé à la directrice/au directeur des soins les documents de leur examen des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments, les analyses et les mesures correctrices prises durant cette période. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice qu'ils n'avaient pas fait de rapport d'incident lié à des médicaments pour l'incident survenu à une certaine date, lorsque la personne résidente 024 n'avait pas reçu la bonne dose d'un certain médicament. Il/elle a indiqué en outre qu'ils ne faisaient pas à l'heure actuelle d'examen et d'analyse des incidents liés à des médicaments, qu'ils ne mentionnaient pas les mesures correctrices et ne consignaient pas dans un dossier ce qui précède. [Paragraphe 135. (2)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qui suit :

- a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence;
- b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre;
- c) est consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b).

Le 5 septembre 2017, l'inspectrice 550 a demandé à la directrice/au directeur des soins une copie du dernier examen trimestriel du foyer concernant les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments, avec les documents qui indiquent que les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen ont été mises en œuvre. La directrice/le directeur des soins a déclaré à l'inspectrice qu'ils ne font pas à l'heure actuelle d'examen trimestriel des incidents liés à des



médicaments et des réactions indésirables à des médicaments afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence au foyer. Par conséquent, les modifications et les améliorations ne sont pas mentionnées. La/le DDS a indiqué en outre qu'ils commenceront ce processus lors de la prochaine réunion de leur conseil consultatif professionnel. [Paragraphe 135. (3)]

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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque incident lié à des médicaments mettant en cause une personne résidente est documenté dans le rapport d'incident lié à des médicaments, et que l'on fait rapport des incidents liés à des médicaments à la pharmacienne clinicienne-conseil ou au pharmacien clinicien-conseil, à la/au médecin, aux personnes résidentes et à leurs mandataires spéciaux. Les incidents liés à des médicaments doivent être examinés, analysés, et des mesures correctrices doivent être prises au foyer. Le foyer doit également effectuer un examen trimestriel des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments, afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence au foyer, et tous ces points doivent être documentés. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 221.

Formation complémentaire – personnel chargé des soins

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

Par. 221. 1), pour l'application de l'alinéa 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, voici d'autres domaines dans lesquels une formation sera dispensée à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents :

5. L'application, l'utilisation et les dangers éventuels d'appareils mécaniques faisant partie de la formation des membres du personnel qui appliquent ces appareils ou qui surveillent des résidents maîtrisés par de tels appareils. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 221 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une formation fût dispensée à tout le personnel qui applique des appareils mécaniques ou qui surveille des personnes résidentes maîtrisées par un appareil mécanique, et notamment :

- l'application de ces appareils mécaniques
- l'utilisation de ces appareils mécaniques
- les dangers éventuels de ces appareils mécaniques.

Lors d'un entretien le 13 septembre 2017, la directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que la dernière formation relative à l'application, à l'utilisation et aux dangers éventuels des appareils mécaniques avait été dispensée au personnel le 26 juin 2016. La/le DDS a déclaré que 41 des 82 membres du personnel (50 %) qui appliquent des appareils mécaniques ou qui surveillent des personnes résidentes maîtrisées par un appareil mécanique n'avaient pas terminé leur formation l'année dernière. [Alinéa 221. (1) 5]

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 pour se conformer à l'exigence selon laquelle une formation annuelle est dispensée à tout le personnel qui applique des appareils mécaniques ou qui surveille des personnes résidentes maîtrisées par un appareil mécanique. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins

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

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

La personne résidente 006 a été admise au foyer à une certaine date en ayant plusieurs états pathologiques, dont une déficience cognitive. Le 30 août, et les 5 et 6 septembre 2017, l'inspectrice 550 a observé la personne résidente 006 avec des appareils mécaniques alors qu'elle était assise dans un fauteuil roulant. La personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'enlever ces appareils mécaniques.

On a déterminé, dans le cadre d'entretiens avec la/le PSSP 115, l'IA 116, les IAA 117 et 118, et la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente, que l'on avait recours à l'un des appareils mécaniques pour empêcher la personne résidente de se lever du fauteuil roulant et de faire une chute. L'autre appareil mécanique était utilisé pour aider à maintenir droit le torse de la personne résidente et à l'empêcher de tomber en avant, mais son état s'était amélioré maintenant, et l'on ne savait pas exactement si la personne résidente nécessitait encore le recours au deuxième appareil mécanique à cette fin.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a été incapable de localiser des documents indiquant que l'on avait jamais réévalué la nécessité du deuxième appareil mécanique quand l'état de santé de la personne résidente s'était amélioré.

Le 6 septembre 2017, l'IA 116 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on n'avait pas réévalué la nécessité du deuxième appareil mécanique quand l'état de santé de la personne résidente s'était amélioré, et que celle-ci n'en avait probablement plus besoin à l'heure actuelle. La nécessité du recours continu au deuxième appareil mécanique n'était pas déterminée à ce jour, car la personne résidente n'avait pas été réévaluée.

Comme le montre ce qui précède, on n'avait pas réévalué la personne résidente 006 et son programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé quand les besoins en soins de la personne résidente avaient évolué. [Alinéa 6. (10) b)]

AE n° 8 : 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. (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

- a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements; 2007, chap. 8, par. 20 (2).
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 20 (2).
- e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre; 2007, chap. 8, par. 20 (2).
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 20 (2).
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f); 2007, chap. 8, par. 20 (2).
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).

Constatations :

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

- établisse clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;
- contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi;
- traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements.

Le 29 août 2017, l'administrateur a fourni à l'inspectrice 547 un classeur qui contenait la politique du foyer ADM DG 1217 intitulée « Prévention des abus et/ou mauvais traitements » révisée pour la dernière fois en janvier 2017, comme étant la politique utilisée au foyer à l'heure actuelle.

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

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. (« sexual abuse »)

La politique du foyer ADM DG 1217 mentionnait, à la page 3 de 7, qu'un mauvais traitement d'ordre sexuel consistait en toutes sortes de mauvais traitements comme des attouchements indécents ou toutes autres formes de mauvais traitement (« tout genre tels que des touchers indécents ou toute autre forme d'abus »). Cette définition ne définit pas clairement le mauvais traitement d'ordre sexuel comme le mentionne l'article 2 du Règlement de l'Ontario 79/10.



La LFSLD 2007, chap. 8, paragraphe 24. (1) mentionne le devoir du titulaire de permis, en tant que personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire, de faire immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

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.

La politique du foyer ADM DG 1217 ne mentionne pas cette exigence. Le rapport du titulaire de permis à la page 7 de 7 intitulée « Report required by the Ministry of Health for abuse that has occurred or may have occurred » (rapport exigé par le ministère de la Santé pour un mauvais traitement qui s'est produit ou qui peut s'être produit) indiquait d'informer par téléphone de tout mauvais traitement qui s'est produit ou qui peut s'être produit dans les 24 heures de l'incident identifié. Ce rapport indiquait en outre de rédiger un rapport d'incident critique dans un délai de cinq jours ouvrables.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 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.

La politique du foyer ADM DG 1217 ne mentionne pas cette exigence.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 99, le titulaire de permis d'un foyer de soins doit veiller à ce qui suit :

- a) il est procédé promptement à une analyse de chaque cas de mauvais traitement ou de négligence envers un résident du foyer après que le titulaire en prend connaissance;
- a) les résultats de l'analyse effectuée en application de l'alinéa a) sont pris en considération dans le cadre de l'évaluation;
- b) les modifications et améliorations visées à l'alinéa b) sont mises en œuvre promptement;
- c) sont consignés promptement dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas b) et d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les modifications et améliorations ont été mises en œuvre.

La politique du foyer ADM DG 1217 ne mentionne pas ces exigences.

Le 7 septembre 2017, l'administrateur et la directrice/le directeur des soins ont indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer n'a pas trouvé d'incidents de mauvais traitement évalués dans le foyer ni des modifications ou des améliorations consignées en dossier comme l'exige cet article. L'administrateur a indiqué qu'un examen minutieux de la politique et du programme du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements fera l'objet d'une révision et d'une mise à jour relativement à ces renseignements manquants ou imprécis. [Paragraphe 20 (2)]

AE n° 9 : 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 quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice, s'est produit ou peut se produire, fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un rapport d'incident critique a été soumis par le foyer à une certaine date, concernant des incidents de cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consentus d'une personne résidente de la part d'une personne résidente qui avaient eu lieu à quatre dates précisées sur une période de cinq mois.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 022 qui documentaient ces quatre incidents.

Le 31 août 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 102 concernant l'incident documenté d'attouchements de nature sexuelle non consentis que l'IA avait documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente 022 à une certaine date. L'IA 102 a indiqué ne pas avoir fait rapport de l'incident au directeur du ministère de la Santé, mais qu'il/elle pensait avoir laissé un message vocal concernant cet incident à l'intention de la directrice/du directeur des soins (DDS) du foyer, car il incombe à la/au DDS de faire ce rapport au directeur du ministère de la Santé.

Le 1^{er} septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 104 concernant un incident documenté d'attouchements de nature sexuelle non consentis que l'IA avait documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente 022 pour trois incidents distincts. L'IA 104 a indiqué ne pas avoir fait rapport de ces incidents à la directrice/au directeur des soins (DDS), car il/elle ne savait pas exactement ce qu'il fallait faire. L'IA 104 a indiqué en outre ne pas avoir immédiatement fait rapport de ces incidents au directeur du ministère de la Santé.

Le 7 septembre 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice 547 avoir eu connaissance de ces incidents d'attouchements de nature sexuelle non consentis à une certaine date, et ne pas avoir fait rapport de ces incidents au directeur du ministère de la Santé jusqu'à une date ultérieure comme cela est indiqué sur le rapport d'incident critique, car il/elle n'était pas au courant que les rapports d'incident devaient être envoyés immédiatement. [Paragraphe 24 (1)]

2. Un deuxième rapport d'incident critique a été soumis par le foyer à une autre date précisée concernant deux incidents de cas allégué d'attouchements de nature sexuelle non consentis de la personne résidente 028 et de la personne résidente 029 de la part de la personne résidente 022.

La/le DDS a indiqué à l'inspectrice 547 le 7 septembre 2017, avoir eu connaissance de ces incidents le lendemain du jour où ils s'étaient produits au foyer. La/le DDS avait fait rapport de ces incidents au directeur du ministère de la Santé seulement six jours plus tard. [Paragraphe 24 (1)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 54.

Altercations et autres interactions entre les résidents

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents, notamment :

- a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations;**
- b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 54.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre la personne résidente 022 et d'autres personnes résidentes du foyer en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations.

Un rapport d'incident critique a été soumis par le titulaire de permis à une certaine date relativement à des cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consensuels d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente qui s'étaient produits sur une période de cinq mois.

La personne résidente 022 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la déficience cognitive due à un incident précédemment spécifié.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 022 le 31 août 2017, et son programme de soins en place durant une certaine période; ils indiquaient que la personne résidente 022 avait eu des comportements envers le personnel infirmier pendant des soins personnels. L'inspectrice a examiné les notes d'évolution pour la personne résidente 022 sur une période de trois mois, et elle a remarqué que trois incidents d'attouchements non consensuels et des comportements de nature sexuelle envers des personnes résidentes du foyer avaient eu lieu.

À une certaine date à la fin de cette période de trois mois, une réunion de l'équipe du Projet OSTC - Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement - avait eu lieu au foyer, et avait déterminé que la personne résidente 022 avait des comportements d'hypersexualité et de désinhibition. Le plan consistait à continuer d'avoir du personnel infirmier qui surveille la personne résidente quand elle est à proximité d'autres personnes résidentes du foyer, et que l'équipe du Projet OSTC continue d'intervenir en évaluant les besoins en gestion du comportement de la personne résidente. Ces renseignements n'ont pas été transcrits dans le programme de soins de la personne résidente.

À une certaine date deux semaines plus tard, on avait documenté, lors de la réunion de l'équipe du Projet OSTC, la présence continue de comportements sexuels de la personne résidente 022. Les intervenants de la réunion de l'équipe du Projet OSTC avaient documenté que la personne résidente 022 nécessitait une surveillance toutes les 30 minutes quand elle se trouvait dans une certaine unité du foyer. On n'avait pas ajouté cette intervention de surveillance au programme de soins de la personne résidente 022, et l'on n'a fourni à l'inspectrice aucun document provenant des dossiers médicaux de la personne résidente et attestant de sa surveillance.



À une certaine date un mois plus tard, l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) de la personne résidente 022 indiquait qu'elle avait manifesté des comportements envers d'autres personnes résidentes, et occasionnellement fait des attouchements inappropriés à ces autres personnes résidentes, comportements pour lesquels la personne résidente 022 nécessitait une surveillance constante. On n'avait pas ajouté d'interventions au programme de soins concernant ce besoin de surveillance constante.

À une certaine date, l'IA 104 avait observé un autre incident d'attouchements de nature sexuelle non consentuels de la personne résidente 027 de la part de la personne résidente 022.

Le 1^{er} septembre 2017, l'IA 104 a indiqué à l'inspectrice 547 que le personnel infirmier autorisé était à même de modifier le programme de soins de la personne résidente dans le système de documentation électronique du foyer à tout moment où il faut indiquer qu'il y a une modification. L'inspectrice 547 s'est enquis des observations documentées de l'incident mettant en cause la personne résidente 022 et la personne résidente 029, dont elle avait remarqué qu'il était non consentuel, car la personne résidente 029 avait une déficience cognitive et n'était pas capable de consentir à cet acte. L'IA 104 a indiqué que la personne résidente 022 avait toujours eu des comportements sexuels inappropriés envers le personnel, mais que c'était la première fois que cela se produisait à l'égard d'une autre personne résidente. L'IA 104 a indiqué ne pas avoir mis à jour le programme de soins de la personne résidente à la date du premier incident précisé. L'IA 104 a signalé à l'inspectrice 547 avoir observé trois mois et demi plus tard un autre incident mettant en cause la personne résidente 022, et ne pas avoir mis à jour son programme de soins.

L'IA 104 a indiqué avoir ultérieurement reçu une formation dans un autre foyer de soins de longue durée en Ontario concernant la prévention des mauvais traitements, et que lors de son quart de travail suivant à son retour au foyer, elle avait parlé à la directrice/au directeur des soins pour indiquer qu'il fallait faire cesser les comportements de la personne résidente 022 envers d'autres personnes résidentes, car il/elle réalisait maintenant que cela était considéré comme des mauvais traitements d'ordre sexuel. L'IA 104 a indiqué en outre que c'est alors qu'ils avaient révisé et mis à jour le programme de soins de la personne résidente 022, ainsi que les attentes du foyer envers le personnel en matière de prévention des mauvais traitements.

L'inspectrice 547 a eu un entretien avec la directrice/le directeur des soins le 7 septembre 2017 concernant l'incident critique dont le foyer avait fait rapport pour les incidents identifiés sur une période de quatre mois. La/le DDS a indiqué ne pas avoir eu connaissance d'un changement dans les comportements de la personne résidente 022 jusqu'à une certaine date à la fin de cette période de quatre mois. La/le DDS a indiqué que le personnel infirmier autorisé avait documenté les comportements de la personne résidente 022 dans ses notes d'évolution, toutefois, son programme de soins n'avait pas été modifié jusqu'à ce que la/le DDS ait eu connaissance de ces incidents. La/le DDS a indiqué en outre que les comportements de la personne résidente 022 avaient aussi été réévalués

quatre mois seulement après que l'on avait identifié les attouchements de nature sexuelle non consentuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente du foyer. [Disposition 54 a)]

AE n° 11 : 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. 76. Formation

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

S. 76. (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel se recycle tous les ans concernant ce qui suit :

la déclaration des droits des résidents,
la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement ou de négligence envers les personnes résidentes
l'obligation de faire rapport en application de l'article 24
la protection des dénonciateurs

Le 1^{er} septembre 2017, la directrice/le directeur des soins a informé l'inspectrice 550 que, d'après ses dossiers, le foyer n'avait dispensé de recyclage annuel au personnel dans ces domaines depuis aussi loin que 2014.

Le 7 septembre 2017, l'administrateur a indiqué que le personnel devra recevoir de l'enseignement une fois mises à jour les politiques et marches à suivre du foyer dans ces domaines. [Disposition 76 (4)]

AE n° 12 : 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. 85. Sondage sur la satisfaction

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

Par. 85. (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).



Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser un sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Lors d'un entretien le 6 septembre 2017, la présidente/le président du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice 550 ne pas pouvoir se souvenir si le foyer avait demandé l'avis du conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction.

L'inspectrice a examiné les procès-verbaux du conseil des résidents sur une certaine période de 2017, et n'a pas été capable de trouver de document indiquant que le sondage sur la satisfaction avait été examiné par le conseil des résidents avant d'être envoyé aux personnes résidentes.

Lors d'un entretien le 7 septembre 2017, l'adjoint(e) au conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice ne pas être capable de trouver un document indiquant que le titulaire de permis avait demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction de cette année. L'adjoint(e) a indiqué que c'était probablement mis au calendrier d'une des réunions que l'on avait dû annuler.

Comme le montre ce qui précède, le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction. [Par. 85. (3)]

AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 97.

Notification : incidents

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

Par. 97. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une mandataire spéciale ou un mandataire spécial (MS) et toute autre personne que précisent les personnes résidentes soient immédiatement avisés de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement envers des personnes résidentes pouvant causer des souffrances qui pourraient nuire à leur santé ou à leur bien-être.

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique au directeur du ministère de la Santé à une certaine date relativement à des incidents de cas allégué de mauvais traitement de la part de la personne résidente 022 à l'égard des personnes résidentes 027, 028 et 029 au cours d'une certaine période de quatre mois.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 022 qui indiquaient que la/le DDS avait examiné les notes d'évolution de la personne résidente à une certaine date à la fin de cette période de quatre mois, et avait pris connaissance des incidents de cas allégués de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des personnes résidentes 027, 028 et 029 qui s'étaient produits au foyer.

L'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution des personnes résidentes 027, 028 et 029; elles révélaient que la/le DDS avait informé les MS de ces personnes résidentes concernant ces incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 022 14 jours après avoir pris connaissance de ces incidents. [Alinéa 97 (1) a)]

AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 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. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.

Constatations :

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 d'ordre sexuel.

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique au directeur du ministère de la Santé à une certaine date relativement à quatre incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 022 à l'égard d'autres personnes résidentes au foyer.

L'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 022 qui documentaient les détails de ces quatre incidents.

L'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 547 le 31 août 2017 avoir fait rapport de l'information à la directrice/au directeur des soins, car il lui incombait de faire rapport de cet incident à la police.

L'IA 104 a indiqué à l'inspectrice 547 le 1^{er} septembre 2017 ne pas avoir fait rapport de ces incidents à un corps de police. L'IA 104 a indiqué savoir que ces incidents étaient inappropriés, mais ne pas savoir exactement que faire d'autre.

La directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 547 le 7 septembre 2017 avoir eu connaissance des incidents d'attouchements de nature sexuelle non consentis des personnes résidentes 026, 027, 028 et 029 à deux dates précisées. La/le DDS a indiqué en outre avoir fait rapport des quatre incidents à la police à une certaine date qui n'était pas immédiatement après que le foyer avait été mis au courant de ces incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 022. [Art. 98]

2. Le titulaire de permis avait soumis un autre rapport d'incident critique au directeur à une certaine date, environ deux semaines plus tard, concernant des incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel des personnes résidentes 028 et 029 de la part de la personne résidente 022 qui avaient eu lieu à des moments distincts à une certaine date, toutefois, il n'en avait pas fait rapport à la police à ce jour. [Art. 98]

AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 99.

Évaluation

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) il est procédé promptement à une analyse de chaque cas de mauvais traitement ou de négligence envers un résident du foyer après que le titulaire en prend connaissance;**
- b) au moins une fois par année civile, il est procédé à une évaluation qui permet de déterminer l'efficacité de la politique du titulaire, visée à l'article 20 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives;**
- c) les résultats de l'analyse effectuée en application de l'alinéa a) sont pris en considération dans le cadre de l'évaluation;**
- d) les modifications et améliorations visées à l'alinéa b) sont mises en œuvre promptement;**
- e) sont consignés promptement dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas b) et d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les modifications et améliorations ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 99.**



Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence fût évalué pour veiller à ce qui suit :

- a) il est procédé promptement à une analyse de chaque cas de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente du foyer après que le titulaire en prend connaissance;
- b) au moins une fois par année civile, il est procédé à une évaluation qui permet de déterminer l'efficacité de la politique du titulaire, visée à l'article 20 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives;
- c) les résultats de l'analyse effectuée en application de l'alinéa a) sont pris en considération dans le cadre de l'évaluation;
- d) les modifications et améliorations visées à l'alinéa b) sont mises en œuvre promptement;
- e) sont consignés promptement dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas b) et d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les modifications et améliorations ont été mises en œuvre.

La politique du foyer ADM DG 1217 intitulée « Prévention des abus et/ou mauvais traitements » révisée pour la dernière fois en janvier 2017 ne mentionne pas ces exigences. À la page 1 de 7, la politique indiquait que la politique du titulaire de permis est assujettie à une révision annuelle. Cette politique a été révisée pour la dernière fois en janvier 2017 comme le mentionne sa première page.

Le 7 septembre 2017, l'administrateur et la directrice/le directeur des soins ont indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer n'était pas en mesure de fournir, à ce jour dans ses dossiers, une analyse documentée de chaque incident, un examen de l'efficacité des politiques, les modifications ou les améliorations qui s'imposent ou l'évaluation du programme de prévention des mauvais traitements. L'administrateur a indiqué que l'on effectuera une révision approfondie de la politique et du programme du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements, ainsi qu'une mise à jour relativement à ces renseignements manquants ou qui ne sont pas clairs. L'administrateur a indiqué en outre que l'évaluation du programme doit être élaborée et documentée pour leurs dossiers d'amélioration de la qualité. [Art. 99]

AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.

Administration des médicaments

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

Par. 131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec la personne résidente.

Lors d'un entretien le 31 août 2017, l'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 550 que la personne résidente 018 garde dans sa chambre certains médicaments qu'elle s'autoadministre. La personne résidente 018 prépare ses médicaments dans sa chambre et les montre ensuite aux infirmières ou infirmiers autorisés avant de se les autoadministrer. Lors d'un entretien le 5 septembre 2017, la personne résidente a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle gardait dans sa chambre et s'autoadministrait quatre différents médicaments sur ordonnance comme prescrit.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne 018. Un certain examen trimestriel de la médication indiquait que ces médicaments étaient prescrits « au chevet ».

Lors d'un entretien le 31 août 2017, l'inspectrice a informé l'IA 102 qu'elle était incapable de trouver un ordre du médecin indiquant que la personne résidente 018 pouvait s'autoadministrer les médicaments susmentionnés, à part un ordre indiquant que la personne résidente pouvait les garder à son chevet. L'IA 102 a indiqué penser que quand un médecin ordonnait d'avoir un médicament « au chevet » cela impliquait que la personne résidente avait la permission de s'autoadministrer le médicament en question.

L'inspectrice 550 a examiné la politique du foyer 5-5, intitulée « Self-medication » (automédication) datée de janvier 2014. À la rubrique « marche à suivre », on indiquait ce qui suit :

2. La personne autorisée à prescrire des médicaments rédige l'ordonnance et ajoute « peut autoadministrer ».

Lors d'un entretien le 31 août 2017, la directrice/le directeur des soins a indiqué que lorsqu'une personne résidente s'autoadministre un médicament, la ou le médecin doit inscrire « autoadministré » sur la prescription, ce qui n'a pas été fait pour la personne résidente 018. [Paragraphe 131 (5)]



**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***

Émis le 23 novembre 2017

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.



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

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*

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

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 Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

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

Copie du public

Nom des inspectrices (n°) : LISA KLUKE (547), JOANNE HENRIE (550)

N° de l'inspection : 2017_621547_0011

N° de registre : 013393-17

Type d'inspection : Inspection de la qualité des services aux
personnes résidentes

Date du rapport : 26 octobre 2017

Titulaire de permis : CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Foyer de SLD : CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Nom de l'administrateur : Steven Golden

Aux termes du présent document, le CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

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

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

Aux termes de :

la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 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).

Ordre :

Le titulaire de permis veille à ce que les personnes résidentes du foyer soient protégées contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit; à cet effet, le titulaire de permis prépare, soumet et met en œuvre un plan en vue de parvenir à la conformité qui comprend ce qui suit :

1. Prendre des mesures immédiates pour protéger efficacement les personnes résidentes de la personne résidente 022.
2. Réviser le programme de soins de la personne résidente 022 pour veiller à ce que les interventions planifiées soient mises en œuvre et soient efficaces pour gérer les comportements réactifs de nature sexuelle de la personne résidente.
3. Veiller à ce que des directives claires soient fournies à tout le personnel qui prodigue des soins directs aux personnes résidentes qui manifestent des comportements réactifs, notamment à la personne résidente 022, pour veiller à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, article 54.
4. Réviser la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, et notamment la totalité des définitions des mauvais traitements, en accordant une attention particulière à ce qui constitue un mauvais traitement d'ordre sexuel afin de tenir compte des exigences énoncées dans la LFSLD, 2007, art. 20, et dans le Règl. de l'Ont. 79/10, articles 96, 97, 98 et 99.
5. Prodiger un recyclage à tout le personnel concernant ses obligations aux termes de la version révisée de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, en accordant une attention particulière à l'exigence que quiconque doit immédiatement faire rapport de tout incident allégué, soupçonné ou observé



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*

de mauvais traitement d'une personne résidente, d'une part au directeur conformément à l'article 24 de la LFSLD, 2007, et d'autre part aux personnes pertinentes du foyer. Ce recyclage doit être documenté et évalué pour veiller à ce que tout le personnel reconnaisse un mauvais traitement ou une négligence envers une personne résidente.

6. Veiller à donner une formation annuelle sur la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence conformément au paragraphe 76 (4) de la LFSLD, 2007. Veiller à ce que tout le personnel, y compris l'ensemble des personnes bénévoles, superviseuses et superviseurs et responsables, ainsi que les personnes qui prodiguent des soins directs aux personnes résidentes ou qui travaillent au foyer dans le cadre d'un contrat ou d'une entente entre le titulaire de permis et une tierce partie, reçoivent cette formation.

7. Le plan doit mentionner le calendrier de réalisation des tâches et indiquer qui est responsable de leur exécution.

Le plan doit être soumis d'ici le 2 novembre 2017 à l'inspectrice Lisa Kluge par télécopieur au 613 569-9670.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les personnes résidentes du foyer de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de personnes résidentes de la part de la personne résidente 022.

Le mauvais traitement d'ordre sexuel est défini par le Règl.de l'Ont. 79/10, art. 2 et s'entend :

- 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. (« sexual abuse »)

Le titulaire de permis a soumis au directeur en juin 2017 deux incidents critiques relativement à des incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente mettant en cause la personne résidente 022 :

Le 9 juin 2017, le foyer a soumis de l'information concernant quatre incidents distincts de cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente, qui ont eu lieu au cours d'une certaine période de cinq mois en 2017.

Le 21 juin 2017, le foyer a soumis de l'information concernant deux incidents distincts de cas allégués d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente, qui ont eu lieu à une certaine date.

Le 31 août 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 102 concernant l'incident documenté d'attouchements de nature sexuelle non consentis qui a eu lieu à l'égard de la personne résidente 026 à une certaine date. L'IA 102 a indiqué avoir immédiatement parlé à la personne résidente 022 qui lui a dit avoir fait des attouchements à la personne résidente 026 sur une certaine partie du corps. L'IA 102 a en outre eu un entretien avec la personne 026 qui était bouleversée par le fait que la personne résidente 022 lui avait fait des attouchements sur une certaine partie du corps, et qui ne voulait pas que cela se reproduise. D'après cette information, on peut définir l'incident qui s'est produit à une certaine date comme étant non consenti. L'IA 102 a indiqué ne pas avoir fait rapport de cet incident au directeur du ministère de la Santé, mais qu'il/elle pensait avoir laissé un message vocal au sujet de cet incident à l'intention de la directrice/du directeur des soins (DDS) ce jour-là, car il incombe à la/au DDS de faire ce rapport au directeur du ministère de la Santé.

Le 1^{er} septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 104 qui avait observé les attouchements de nature sexuelle non consentis à l'égard de la personne résidente 029 à une certaine date. L'IA 104 avait également observé les attouchements de nature sexuelle non consentis à l'égard de la personne résidente 027 à une certaine date distincte. L'IA 104 a indiqué ne pas avoir fait rapport de ces incidents au directeur du ministère de la Santé, car il/elle était sous le choc et ne savait pas exactement ce qu'il/elle devait faire. L'IA a indiqué avoir reçu de la formation sur les mauvais traitements dans un autre foyer de soins de longue durée, après ces incidents, et avoir reconnu que ces incidents étaient de nature abusive et en avoir fait rapport à la/au DDS lors de son quart de travail suivant. L'IA ne se souvenait pas de la date à laquelle il/elle en avait fait rapport à la/au DDS, toutefois c'était à un certain moment au cours d'un mois déterminé.

Le 7 septembre 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice 547 que les personnes résidentes 027, 028 et 029 avaient toutes de la démence et ne seraient pas capables de consentir à des attouchements inappropriés de nature sexuelle de la part de la personne résidente 022. Le personnel infirmier était au courant des incidents susmentionnés et les avait normalisés en les qualifiant de comportements réactifs pour la personne résidente 022, et n'avait pas reconnu qu'il s'agissait de mauvais traitement d'ordre sexuel des personnes résidentes 027, 028 et 029, car elles n'étaient pas capables d'exprimer leurs sentiments en raison de leur déficience cognitive. La/le DDS a réalisé qu'il était nécessaire de donner une formation à tous les membres du personnel infirmier afin qu'ils soient sensibilisés pour reconnaître des mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard de personnes résidentes non consentantes. La/le DDS a confirmé en outre que l'on n'avait pas donné d'enseignement sur la prévention des mauvais traitements tous les ans tel que requis.

En outre, en se fondant sur les renseignements susmentionnés, le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux autres articles des dispositions législatives dont l'énoncé suit, qui étaient en rapport direct avec le présent ordre de conformité, à savoir :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé :

1. au paragraphe 20 (2) de la LFSLD selon lequel on avait repéré des problèmes dans la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes, mentionnés dans le présent rapport dans l'AE n° 8.
2. à l'article 24 de la FSLD selon lequel on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de six incidents d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de la part de la personne résidente 022 envers les personnes résidentes 026, 027, 028 et 029, mentionnés dans le présent rapport dans l'AE n° 9.
3. au paragraphe 97 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 selon lequel le titulaire de permis n'avait pas veillé à ce que les mandataires spéciaux des personnes résidentes, s'ils en ont, et tout autre personne que précisent les personnes résidentes, soient avisés immédiatement dès que le titulaire de permis prend connaissance de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers des personnes résidentes qui leur ont causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à leur santé ou à leur bien-être, mentionnés dans le présent rapport dans l'AE n° 13.
4. à l'article 98 du Règl. de l'Ont.79/10, selon lequel le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé des six incidents observés d'attouchements de nature sexuelle non consensuels de personnes résidentes de la part d'une personne résidente, mentionnés dans le présent rapport dans l'AE n° 14.
5. à l'article 99 du Règl. de l'Ont.79/10, selon lequel le titulaire de permis n'a pas veillé à procéder à une évaluation des incidents de mauvais traitements ou de négligence envers des personnes résidentes du foyer, mentionnés dans l'AE n° 15.
6. au paragraphe 76 (4) de la LFSLD, selon lequel le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements, mentionné dans le présent rapport dans l'AE n° 11.



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

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

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

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

7. à l'article 54 du Règl. de l'Ont.79/10, selon lequel le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents, notamment en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations, et en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre jusqu'à une certaine date comme on l'indique dans le présent rapport dans l'AE n° 10.

L'étendue et la gravité de la preuve corroborant le présent ordre de conformité, ainsi que les antécédents de conformité relativement aux problèmes de conformité identifiés ont été examinés. La non-conformité continuelle constituait un risque pour la sécurité des personnes résidentes qui vivent au foyer. (547)

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

15 janvier 2018.



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

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

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

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 RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'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**

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

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

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 la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'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, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

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*

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

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 la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 26 octobre 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice :

Lisa Kluke

Bureau régional de services :

Bureau régional de services d'Ottawa