



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*

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
25 avril 2017	2017_620126_0001 (A1)	035422-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

GENESIS GARDENS INC
438 PRESLAND ROAD, OTTAWA ON K1K 2B5
FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME
1003 Limoges Road South, Limoges ON K0A 2M0

Foyer de soins de longue durée

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME
1003 Limoges Road South, Limoges ON K0A 2M0

Inspectrice(s)

LINDA HARKINS (126) (A1)

Résumé de l'inspection modifié



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

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

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

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

A la requête de l'administrateur , une extension à la date d'échéance pour l'ordre de conformité a été accordée afin de compléter l'enseignement avec tout le personnel

Date de délivrance : 25 avril 2017 (A1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
25 avril 2017	2017_620126_0001 (A1)	035422-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

GENESIS GARDENS INC
438 PRESLAND ROAD, OTTAWA ON K1K 2B5

Foyer de soins de longue durée

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME
1003 Limoges Road South, Limoges ON K0A 2M0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LINDA HARKINS (126) (A1)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents.

Cette inspection s'est tenue les 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 23 et 24 janvier 2017.

Les inspections suivantes ont été réalisées durant cette inspection de la qualité des services aux résidents : deux incidents graves liés à une chute ayant causé une blessure et deux incidents graves liés à une allégation de mauvais traitement d'ordre physique de la part d'un résident à un autre résident.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec des résidents et des membres de leurs familles, le président du conseil des familles, des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des infirmières autorisées (IA), le coordonnateur des évaluations RAI et le responsable du contrôle des infections, les préposés au service d'alimentation, le superviseur du service d'alimentation, le diététiste agréé, le directeur des activités, l'aide adjointe aux activités, l'infirmière du service de psychogériatrie, la directrice adjointe des soins, la directrice des soins et l'administrateur.

Les inspectrices ont visité le foyer et observé les soins fournis aux résidents, la distribution des médicaments à administrer, les pratiques de prévention et de contrôle des infections et plusieurs services de repas. Les inspectrices ont examiné le dossier de santé de certains résidents et le procès-verbal des réunions du conseil



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

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

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

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

des résidents et du conseil des familles. Les inspectrices ont examiné la documentation sur les incidents graves susmentionnés et les politiques du foyer concernant les programmes de prévention des mauvais traitements et le programme de prévention des chutes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

comportements réactifs;
conseil des familles;
conseil des résidents;
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
hospitalisation et évolution de l'état;
médicaments;
nutrition et hydratation;
observation du service de restauration;
prévention des chutes;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
prévention et contrôle des infections;
rapports et plaintes;
recours minimal à la contention;
services de soutien personnel.

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

14 AE
4 PRV
2 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé 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 :

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 :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger le résident 025 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel reçus du résident 035.

Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 2 (1) b), un mauvais traitement d'ordre sexuel 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.

Le 10 janvier 2017 débutait, aux fins de l'inspection de la qualité des services aux résidents de 2017, une inspection qui a révélé que le résident 035 avait des comportements réactifs qui s'étaient aggravés depuis septembre 2016, selon les évaluations de l'ensemble minimal de données (évaluations MDS) du foyer.

Le résident 035 a été admis au foyer en 2014 avec plusieurs diagnostics médicaux, notamment une maladie neurologique. L'évaluation du résident 035 datée d'un jour de septembre 2016 indiquait que des troubles de l'humeur et des symptômes d'un comportement socialement inapproprié ou perturbateur s'étaient manifestés

pendant un à trois jours au cours des sept derniers jours et que ce comportement n'était pas facilement modifiable. Un jour d'avril 2016, le résident 035 a été évalué par une équipe externe pour ses comportements d'attouchements sexuels inappropriés à l'endroit de résidents du foyer. Le programme de soins en vigueur pour le résident 035, en place dans le dossier du résident depuis mai 2016, indiquait que le résident était à risque pour ses comportements de mauvais traitements d'ordre sexuel. Le programme de soins du résident 035 indiquait également, chez celui-ci, une fonction cognitive médiocre pour ce qui concerne l'orientation et le souvenir en raison de son affection neurologique, de la confusion et une perte de mémoire.

Le résident 025 a été admis au foyer en 2012 avec plusieurs diagnostics médicaux. Le programme de soins en vigueur au dossier du résident et daté d'un jour de février 2016 indiquait que le résident 025 avait besoin de l'assistance complète de deux membres du personnel pour la mobilité au lit. Le résident 025 a une déficience cognitive et une perte de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme. Un jour de septembre 2016, l'IAA 107 a vu le résident 035 assis au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements inappropriés à l'intérieur de la partie avant de son sous-vêtement.

Le rapport d'incident interne du foyer rempli par l'IAA 107 indiquait que la police n'avait pas été appelée, comme l'indique l'AE n° 12 du présent rapport.

Le rapport d'incident susmentionné indiquait également qu'à titre d'intervention, le personnel devait, d'une part, veiller à ce que le résident 035 ne se trouve jamais à proximité de la chambre du résident 025 et, d'autre part, placer une barrière en travers de la porte.

Cette intervention n'était pas en place, comme l'indique l'AE n° 9 du présent rapport. Le rapport d'incident interne a été évalué le lendemain par la directrice des soins, qui a ajouté des interventions consistant à asseoir le résident 035 dans une chaise de style fauteuil inclinable dans la chambre après le dîner pour aider le personnel infirmier à garder le résident 035 à distance du résident 025 le soir, période de la journée définie comme étant un moment déclencheur pour les gestes inappropriés du résident 035. Cette intervention n'a été ajoutée au programme de soins du résident 035 que quatre mois plus tard, quand l'inspectrice 547 l'a portée à l'attention de la directrice des soins, comme l'indique l'AE n° 9 du présent rapport.

L'IAA n° 107 et la directrice des soins ont indiqué à l'inspectrice 547 que, lorsqu'elles ont eu connaissance des faits, elles n'avaient pas immédiatement signalé au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) cet incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident, comme l'indique l'AE n° 2 du présent rapport.

Un jour de janvier 2017, le PSSP 114 a vu le résident 035 assis au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements inappropriés à l'intérieur de la partie arrière de son sous-vêtement.

L'IA 113 n'a pas rempli immédiatement le rapport d'incident interne qu'exigent la politique et les procédures du foyer en cas de mauvais traitement comme l'indique l'AE n° 7 du présent rapport.

L'IA 113 n'a pas signalé cet incident à la police comme l'indique l'AE n° 12 du présent rapport. L'IA 113 n'a pas signalé cet incident au directeur (MSSLD) comme l'indique l'AE n° 2 du présent rapport.

La directrice des soins a signalé ce rapport d'incident au directeur (MSSLD) en janvier 2017, cinq jours après avoir eu connaissance de cet incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident.

Le titulaire de permis n'a pas assuré le respect des dispositions suivantes :

1. LFSLD, par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. (Se reporter à l'AE n° 2.)
2. LFSLD, par. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1). (Se reporter à l'AE n° 08.)
3. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs : a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. (Se reporter à l'AE n° 9.)
4. Règl. de l'Ont. 79/10, 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. (Se reporter à l'AE n° 11.)
5. 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. (Se reporter à l'AE n° 12.)

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné confirme un « préjudice réel » et sa portée révèle une « tendance » puisque trois incidents documentés de mauvais traitement d'ordre sexuel observé ont été administrés au résident 025 par le résident 035 entre un jour de janvier 2015 et janvier 2017. [par. 19 (1)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'Ordre suivant a été modifié L'OC n° 001

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 24 (Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission).

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

24. (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

- 1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.**
- 2. Les risques qu'il peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.**
- 3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.**
- 4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.**
- 5. Les médicaments et traitements dont il a besoin.**
- 6. Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont il souffre et dont le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.**
- 7. L'état de sa peau, y compris les interventions en la matière.**
- 8. Les directives données concernant le régime alimentaire, notamment en ce qui a trait à la texture des aliments, la consistance des liquides et les restrictions alimentaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**

Constatations :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il soit élaboré un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de chaque résident, à ce qu'il soit communiqué au personnel chargé des soins directs dans le même délai et à ce qu'il comprenne les renseignements suivants au sujet du résident :**
 - 1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.**
 - 3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.**
 - 4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.**

Le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de soins établisse les soins prévus pour le résident, ainsi que des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le foyer a indiqué que le programme de soins désignait le « kardex », le programme de soins, les feuilles de cheminement du résident, le dossier d'administration des médicaments, le dossier d'administration des traitements, le rapport de quart de travail, toute évaluation conservée dans le dossier de santé du résident et un outil au chevet de chaque résident.

Un rapport d'incident grave a été présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, un jour d'octobre 2016, au sujet d'une chute que le résident 039 avait faite trois jours auparavant et qui lui avait causé une fracture.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 039. Le dossier de santé indiquait que le résident 039 avait été admis en 2016 avec plusieurs diagnostics. Le dossier de santé du résident indiquait également que, le lendemain, les évaluations suivantes avaient été réalisées au moment de l'admission :

- évaluation dentaire;
- évaluation de la peau;
- évaluation par un physiothérapeute;
- évaluation initiale par une infirmière à l'admission;
- évaluation du risque de chute;
- évaluation de la continence;
- évaluation diététique;
- évaluation au moyen de l'outil de chevet.

L'inspectrice 592 a examiné l'évaluation des besoins en soins infirmiers réalisée au moment de l'admission pour le résident 039. L'évaluation des besoins en soins infirmiers indiquait que le résident avait été évalué un jour d'octobre 2016 avec une démarche instable, des étourdissements et des pertes soudaines d'équilibre lorsqu'il se levait. L'évaluation des besoins en soins infirmiers indiquait également que le résident 039 se couchait habituellement à 19 h et qu'il était continent. L'outil de chevet du résident daté d'un jour d'octobre 2016 a également été examiné et indiquait que le résident 039 avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pour les transferts.

Lorsqu'elle a examiné le dossier de santé du résident 039, l'inspectrice 592 n'a pas pu constater qu'un programme de soins provisoire avait été établi dans les 24 heures suivant l'admission du résident après avoir reçu les résultats des évaluations des besoins du résident en matière de soins infirmiers. Le programme de soins disponible pour le résident était daté d'un jour de janvier 2017.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la PSSP 122 a informé l'inspectrice 592 qu'elle s'occupait du résident 039 avant qu'il subisse cette blessure. Elle a également indiqué qu'au moment de son admission, le résident 039 utilisait un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité mais que, souvent, le résident 039 essayait de se lever sans aide mais était trop faible et que, pour cette raison, il avait besoin de l'aide du personnel. Elle a également indiqué à l'inspectrice que, lorsque l'incident s'était produit, le résident avait essayé de se lever comme une personne autonome, sans aucune aide.

Lorsque l'inspectrice a demandé à la PSSP 122 quelle était la procédure pour communiquer au personnel l'information sur un résident nouvellement admis, la PSSP a répondu que le personnel recevait l'information au moyen du rapport quotidien du personnel infirmier pour toute intervention et que le personnel effectuait les

adaptations nécessaires pour le résident. La PSSP 122 a également indiqué que, s'il y avait des préoccupations, le personnel demandait à l'infirmière de clarifier les besoins du résident mais que ceux-ci étaient communiqués verbalement, vu qu'il n'y avait pas de documentation disponible, à part les notes d'évolution, le rapport quotidien du personnel infirmier et l'outil d'évaluation situé dans chacune des chambres.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la PSSP 120 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle s'occupait du résident 039 avant qu'il subisse cette blessure. Elle a également indiqué qu'au moment de son admission, le résident 039 marchait de façon autonome et qu'il était indépendant et ne nécessitait qu'une aide limitée. La PSSP 120 a également indiqué à l'inspectrice qu'au moment de l'admission d'un nouveau résident, les employés étaient informés au moyen du rapport quotidien du personnel infirmier et par le personnel autorisé si des interventions particulières étaient nécessaires. Elle a également indiqué que la PSSP se reportait au dossier du résident si elle avait des questions et qu'elle utilisait son jugement pour la fourniture des soins.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'au moment de l'admission d'un nouveau résident, le personnel infirmier autorisé devait évaluer le résident en remplissant le formulaire d'admission et d'évaluation, qui comprend différentes évaluations, et communiquer toute intervention particulière verbalement au moment du rapport quotidien du personnel infirmier, et cela, pour quatre quarts de travail consécutifs. L'IA 119 a également indiqué qu'aucun programme de soins n'était élaboré pour les résidents nouvellement admis. Un programme de soins n'est disponible qu'une fois que la coordonnatrice de l'évaluation RAI a rempli le programme de soins et que celui-ci est mis à la disposition du personnel. Elle a ajouté qu'elle était incapable d'accéder à un programme de soins électronique parce que seule la coordonnatrice de l'évaluation RAI était autorisée à y avoir accès.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice que dans les 24 heures suivant l'admission d'un résident, les formulaires d'évaluation étaient en place et que tous les membres du personnel devaient les remplir pendant sept jours. Elle a également indiqué qu'après l'évaluation sur sept jours, l'information était examinée et qu'un programme de soins écrit devait être élaboré et prêt dans un délai de 21 jours suivant l'admission du résident. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que le programme de soins provisoire à établir dans les 24 heures suivant l'admission n'était pas élaboré pour les résidents nouvellement admis tant qu'elle n'avait pas fini de recueillir les observations consignées sur les feuilles de cheminement durant ces sept jours. Elle a ajouté qu'elle était incapable de suffire à toutes ses tâches et qu'en conséquence, le programme de soins du résident 039 n'avait été élaboré et prêt qu'en janvier 2017, soit 89 jours après son admission.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que les évaluations étaient remplies au moment de l'admission du résident et qu'un outil de chevet était élaboré en fonction de ces évaluations pour indiquer aux membres du personnel comment procéder pour les transferts du résident.

La directrice adjointe des soins a indiqué qu'il n'y avait pas de programme de soins élaboré pour le nouveau résident tant que les évaluations n'étaient pas remplies et mises à la disposition de la coordonnatrice de l'évaluation RAI.

De plus, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

Lorsque l'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 039, les notes d'évolution indiquaient que lorsque le résident est rentré de l'hôpital un jour d'octobre 2016, il présentait un changement important de son état physique. Les notes d'évolution révélaient que le résident 039 portait un plâtre, qu'il nécessitait l'aide de deux personnes pour ses transferts et qu'il utilisait un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité. Les notes d'évolution indiquaient également que le résident avait du mal à se porter sur lui-même et à pivoter et qu'il avait besoin de soins périnéaux.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que, lorsque les besoins d'un résident en matière de soins évoluaient, son programme de soins était réexaminé de façon à tenir compte de ses besoins actuels. Elle a ajouté que le résident 039 présentait un changement important de son état physique à son retour de l'hôpital et qu'aucun programme de soins n'avait été réexaminé et révisé puisqu'à ce moment-là aucun programme de soins n'avait été élaboré pour le résident.

La directrice des soins a également indiqué que le personnel utilisait l'outil de chevet du foyer comme guide de référence rapide pour avoir une idée du type de transfert requis et que l'outil n'avait pas été mis à jour après que le résident était rentré de l'hôpital.

Un examen de l'outil de chevet du foyer, accessible aux membres du personnel infirmier, n'a révélé aucune indication du type et du niveau d'aide dont le résident 039 a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, de sa routine habituelle et de ses besoins en matière de confort. Avant et après la chute et la blessure du résident, l'outil de chevet du foyer ne donnait aucune indication du risque que le résident 039 pouvait courir, ni du risque de chute et des interventions nécessaires pour atténuer ces risques.

Le 24 janvier 2017, l'inspectrice 126 a examiné le dossier de santé du résident 014, admis un jour de septembre 2016, et celui du résident 048, admis un jour de novembre 2016. Les évaluations suivantes ont été remplies au moment de l'admission pour les deux résidents : évaluation dentaire; évaluation de la peau; évaluation par un physiothérapeute; évaluation de la continence; évaluation diététique; évaluation au moyen de l'outil de chevet; évaluation initiale par une infirmière à l'admission.

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné confirme un « préjudice potentiel » et la portée du préjudice est « vaste » ainsi que l'ont révélé les entretiens avec le personnel infirmier, selon lequel tous les résidents nouvellement admis ne bénéficiaient pas d'un programme de soins provisoire élaboré pour chacun d'eux dans un délai de 24 heures. [par. 24 (2)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

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. 23 (Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir).

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

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

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,

(ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,

(iii) tout autre acte que prévoient les règlements;

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents allégués, soupçonnés et observés de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre dont il lui est fait rapport aussitôt fassent immédiatement l'objet d'une enquête.

Un jour de janvier 2017, la PSSP 114 a immédiatement informé l'IA 113 qu'elle avait vu le résident 035 assis au chevet du résident 025, la main à l'intérieur du sous-vêtement du résident 025. La PSSP 114 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'un jour de janvier 2017, elle était intervenue immédiatement et avait dû retirer la main du résident 035 parce que le résident n'écoutait pas les directives verbales. La PSSP 114 est alors allée faire rapport de l'incident à l'IA responsable ce soir-là, l'IA 113. L'IA 113 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il était allé à la chambre du résident 025 et que le résident 035 avait la main sur la hanche du résident 025 par-dessus le sous-vêtement du résident et, de nouveau, l'IA 113 a retiré le résident 035 de cette chambre et l'a dirigé vers le salon. L'IA 113 a indiqué à l'inspectrice qu'il n'avait pas rempli de rapport d'incident interne, qu'il n'avait pas fait enquête sur le mauvais traitement observé et qu'il n'avait pas appelé la police ni le mandataire spécial immédiatement au moment de l'incident. L'IA 113 a indiqué qu'il avait consigné une note d'évolution au dossier du résident 035 et inscrit une note dans le rapport quotidien à la fin de son quart de travail et qu'il n'avait pris aucune autre mesure.

Le 16 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait été informée de cet incident de mauvais traitement de la part d'un résident envers un autre résident le lendemain dans le rapport du quart de travail du matin. La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que, jusqu'à présent, aucune enquête n'avait été amorcée au sujet de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident. [alinéa 23 (1) a)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement

visant à assurer qu'une enquête est immédiatement amorcée lorsqu'il lui est fait rapport d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 25 (Programme de soins initial).

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

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

- a) les évaluations nécessaires à l'élaboration d'un programme de soins initial aux termes du paragraphe 6 (6) de la Loi sont achevées dans les 14 jours de l'admission du résident;**
- b) le programme de soins initial est élaboré dans les 21 jours de l'admission. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 25 (1).**

Rapports d'enquête

(2) Le titulaire de permis fait rapport au directeur sur les résultats de chaque enquête menée aux termes de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise aux termes de l'alinéa (1) b). 2007, chap. 8, par. 23 (2).

Présentation des rapports

(3) Le titulaire de permis qui fait rapport aux termes du paragraphe (2) le fait comme le prévoient les règlements et inclut tous les documents que prévoient ceux-ci. 2007, chap. 8, par. 23 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins initial soit élaboré dans les 21 jours suivant l'admission.

Les inspectrices 592 et 126 ont examiné le dossier de santé des résidents 014, 039 et 048.

Le résident 014 a été admis un jour de septembre 2016 et le programme de soins initial a été mis en place trois mois plus tard.

Le résident 039 a été admis un jour d'octobre 2016 et le programme de soins initial a été mis en place trois mois plus tard.

Le résident 048 a été admis un jour de novembre 2016 et, en date de janvier 2017, le programme de soins initial reste introuvable.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice que dans les 24 heures suivant l'admission d'un résident, les formulaires d'évaluation étaient en place et que tous les membres du personnel devaient les remplir pendant sept jours. Elle a également indiqué qu'après l'évaluation sur sept jours, l'information était examinée et qu'un programme de soins devait être élaboré dans un délai de 21 jours suivant l'admission du résident. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que le programme de soins provisoire à établir dans les 24 heures suivant l'admission n'était pas élaboré pour les résidents nouvellement admis tant qu'elle n'avait pas fini de recueillir les observations consignées sur les feuilles de cheminement durant ces sept jours. Elle a ajouté qu'elle était incapable de suffire à toutes ses tâches et qu'en conséquence, les programmes de soins des résidents 014 et 039 n'avaient pas été élaborés dans les 21 jours

suyant leur admission. Elle a également indiqué à l'inspectrice qu'elle travaillait toujours à l'élaboration du programme de soins du résident 048. [par. 25 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins initial est élaboré dans un délai de 21 jours pour tous les résidents nouvellement admis. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71 (Planification des menus).

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

71. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer;

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus soit examiné par le conseil des résidents.

Le foyer a un conseil des résidents qui tient des réunions trimestrielles. La dernière réunion a été tenue en octobre 2016.

Le 16 janvier 2017, le directeur des activités a indiqué à l'inspectrice 126 que tous les départements devaient remplir le formulaire d'aiguillage multidisciplinaire, qui comprend des renseignements sur leurs programmes respectifs tels que les nouveautés, les activités et les changements. Ces renseignements sont partagés avec le conseil des résidents. Le directeur des activités a indiqué que le conseil des résidents ne tenait pas toujours des réunions de groupe et qu'il parlait aux résidents individuellement à leur chambre vu la faible participation des résidents aux réunions du conseil.

Le 17 janvier 2017, la superviseure du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice 126 qu'elle ne participait pas à la réunion du conseil des résidents en personne car elle est censée remplir le formulaire d'aiguillage multidisciplinaire et c'est le directeur des activités qui communique l'information recueillie au conseil. Elle a indiqué qu'en octobre 2016, le directeur des activités lui avait demandé de rencontrer les résidents individuellement pour discuter du cycle de menus. Jusqu'à ce jour, cinq résidents sur 57 ont été consultés individuellement au sujet du cycle de menus du foyer. La superviseure du service d'alimentation du foyer a indiqué qu'elle n'avait pas discuté du cycle de menus avec tous les autres résidents.

Le 17 janvier 2017, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 126 qu'il savait que le directeur des activités discutait avec les résidents individuellement et que le conseil des résidents ne tenait pas toujours des réunions de groupe avec tous les résidents.

Il a été documenté, dans le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents du 16 décembre 2016, que le directeur des activités et l'aide adjointe aux activités avaient consacré de 20 à 30 minutes à des visites individuelles faites à plusieurs résidents. Seize résidents sur 57 résidents ont reçu une visite et l'information (fête de Noël, vaccins contre la grippe, etc.) documentée sur le formulaire d'aiguillage multidisciplinaire a été remise à ces résidents. Ce procès-verbal ne contenait aucun renseignement concernant la transmission de l'information sur le cycle de menus aux résidents par la superviseure du service d'alimentation. Le cycle de menus n'a pas été présenté au conseil des résidents. [alinéa 71 (1) f)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le cycle de menus est examiné par le conseil des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation).

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

73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

11. Un ameublement et un équipement appropriés dans les aires où mangent les résidents, notamment des chaises de salle à manger confortables et des tables de salle à manger d'une hauteur appropriée pour répondre aux besoins de tous les résidents ainsi que des chaises appropriées pour le personnel qui aide les résidents à manger. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend Un ameublement et un équipement appropriés dans les aires où mangent les résidents.

Durant l'inspection, l'inspectrice 592 a observé quatre tables en forme de demi-lunes dans la salle à manger principale. Les autres tables de la salle à manger principale étaient des tables carrées standard à quatre places pour les résidents durant le service des repas.

Durant le service du déjeuner le 10 janvier 2017, l'inspectrice 592 a observé les résidents assis dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-lune. Comme il n'y avait pas suffisamment de place à la table pour

ces résidents, ceux-ci étaient assis au bout sans places assignées. Six résidents ont été observés sans meubles adéquats.

Durant le service du déjeuner le 12 janvier 2017, l'inspectrice 592 a observé les résidents assis dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-lune. Comme il n'y avait pas suffisamment de place à la table pour ces résidents, ceux-ci étaient assis au bout sans places assignées. Cinq résidents ont été observés sans meubles adéquats.

Durant le service du petit-déjeuner le 16 janvier 2017, l'inspectrice 592 a observé les résidents assis dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-lune. Comme il n'y avait pas suffisamment de place à la table pour ces résidents, ceux-ci étaient assis au bout sans places assignées. Quatre résidents ont été observés sans meubles adéquats.

Un examen du plan de salle pour la salle à manger principale a révélé que les tables 1, 2, 5 et 7 étaient des tables en demi-lunes et que le plan de salle indiquait que sept résidents étaient assignés à chacune de ces tables.

Lors d'un entretien le 16 janvier 2017, la superviseuse du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle savait que le manque de meubles était un problème car cela avait été mentionné lors d'une précédente inspection et aucune mesure n'avait été prise à ce moment-là pour combler ce manque.

Lors d'un entretien le même jour, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 que beaucoup de problèmes suivant la dernière inspection avaient été résolus dans la salle à manger mais que le foyer n'avait pas eu le temps de se concentrer sur cette question et de fournir un ameublement et un équipement appropriés aux résidents.

Un PRV a été délivré en septembre 2016 (inspection 2016_285126_0019) après l'inspection de la qualité des services aux résidents. [alinéa 73 (1) 11]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les résidents ont un ameublement et un équipement appropriés durant les repas. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

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

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;

b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la Loi ou le présent règlement exige qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, ceux-ci soient, d'une part, conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci et, d'autre part, respectés.

Conformément au par. 48 (1) du Règlement 79/10, le titulaire de permis veille à ce que les programmes interdisciplinaires suivants soient élaborés et mis en œuvre au foyer :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes pour réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée « (Fall Prevention and Fall Risk Management » (prévention des chutes et gestion du risque de chute), mise à jour en 2013, indiquait ce qui suit sous la rubrique « Post Fall Incident » (rapport d'incident après une chute) :

4 : Après avoir évalué le résident et pratiqué les interventions appropriées, le personnel autorisé remplit un rapport d'incident.

6 : Mettre à jour le programme de soins pour assurer que les interventions sont bien adaptées aux besoins des résidents pour prévenir d'autres chutes ou blessures.

11 : S'il y a plus de deux incidents au cours du même mois, le résident sera évalué par un physiothérapeute ou un ergothérapeute et le médecin écartera tout problème physique ou l'effet des médicaments.

12 : La directrice des soins ou la directrice adjointe des soins examinera tous les rapports d'incident et la documentation pour assurer l'exactitude des données saisies, la prise de mesures correctives et l'obtention de résultats.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 038. Le résident 038 a été admis au foyer en 2015 avec de multiples diagnostics, dont une démence et des affections cardiaques. Le dossier de santé indique que le résident 038 utilisait un fauteuil roulant et bougeait les pieds pour se déplacer dans l'unité.

Le dossier de santé indique en outre que le résident a fait quatre chutes entre novembre et décembre 2016.

L'inspectrice 592 a examiné le programme de soins actuel du résident. Le programme de soins était daté de décembre 2015 et a été mis à jour en octobre 2016. Le programme de soins indiquait que le résident 038 avait été jugé à risque élevé pour les chutes en raison d'une déficience cognitive et physique. Les interventions

précisées dans le programme de soins consistaient à donner au résident la sonnette d'appel lorsqu'au lit et de le surveiller régulièrement. Selon les notes, un tapis détecteur avec alarme faisait partie des interventions dans le passé mais a été retiré en juin 2016.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2017, la PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 038 était à risque élevé pour les chutes parce que souvent le résident n'utilisait pas la sonnette d'appel pour demander de l'aide et effectuait ses transferts de manière autonome. Elle a également indiqué que les interventions actuelles consistaient à faire en sorte que le résident 038 ait la sonnette d'appel à portée de main et que le fauteuil roulant soit à côté du lit pour l'empêcher de sortir du lit sans aide.

La PSSP 110 a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle savait que le résident faisait des chutes mais que les interventions restaient les mêmes puisqu'elle n'avait pas reçu d'autres directives concernant les interventions pour la prévention des chutes.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2016, l'IAA 103 a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 038 faisait des chutes parce qu'il s'assoit sur le bord du lit et glissait par terre. L'IAA 103 a indiqué qu'elle ignorait que le résident 038 avait fait plusieurs chutes. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'interventions particulières en place pour prévenir les chutes, sauf donner la sonnette d'appel au résident.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2016, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que le programme de soins du résident 038 avait été révisé en octobre 2016. Elle a ajouté que, dans le cadre de la politique et du programme du foyer, chaque fois qu'un résident faisait une chute, le personnel autorisé remplissait un rapport d'incident comprenant un suivi et une analyse des facteurs ayant précédé la chute. Le rapport d'incident doit contenir des suggestions telles que l'application de côtés de lit, des alarmes de lit et des interventions pour prévenir de nouvelles chutes. Elle a également indiqué à l'inspectrice que chaque rapport d'incident était examiné par elle-même ou par la directrice des soins et présenté lors de la réunion trimestrielle concernant l'amélioration continue de la qualité. Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 038 était stable et qu'elle n'avait été informée d'aucune chute récemment. Le dossier de santé du résident a été examiné en présence de l'inspectrice et de la directrice adjointe des soins. La directrice adjointe des soins a déterminé que le résident 038 avait fait quatre chutes au cours d'une brève période et qu'elle n'en avait pas été informée et, par conséquent, il n'y avait eu aucune intervention et aucun suivi pour ce résident. Il a également été noté par la directrice adjointe des soins et l'inspectrice que les quatre rapports d'incidents avaient été signés par la directrice des soins.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2016, la directrice des soins a indiqué que tous les rapports d'incidents étaient examinés par elle-même ou la directrice adjointe des soins pour assurer que des mesures correctives étaient en place afin de prévenir d'autres chutes chez les résidents. Elle a ajouté qu'elle avait signé les quatre rapports d'incidents mais n'avait déployé aucune intervention pour assurer la prise de mesures correctives et minimiser l'incidence de chutes chez les résidents. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) 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 :

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 ce qu'il y ait en place une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des résidents et à ce qu'elle soit respectée.

La politique du foyer intitulée « Preventing, Reporting and Elimination of Abuse related to Residents » (Prévention, déclaration et élimination des mauvais traitements concernant des résidents) a été mise à jour en novembre 2014. L'objet de cette politique indiquait ceci : « La fragilité et la vulnérabilité de notre population vieillissante exigent que les soins et la sécurité dépassent de loin la norme ».

Aux termes du Règlement de l'Ontario 79/10, par. 2 (1), s'entend d'un mauvais traitement d'ordre sexuel 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, par exemple de la part d'un autre résident du foyer.

Le 13 janvier 2017, l'IAA 107 a dit à l'inspectrice 547 qu'un jour de septembre 2016, elle avait vu le résident 035 au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements sexuels inappropriés.

Le 19 janvier 2017, l'IA 113 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'un jour de janvier 2017, la PSSP 114 avait vu le résident 035 au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements sexuels inappropriés.

Cette politique concernant les mauvais traitements indiquait ce qui suit :

Rapports du personnel :

2. La personne à qui l'incident a été signalé mènera une enquête et remplira un rapport écrit préliminaire avant de quitter le travail.

Un jour de janvier 2017, l'IA 113 a été informé par la PSSP 114 que le résident 035 faisait des attouchements sexuels inappropriés au résident 025 à l'intérieur de son sous-vêtement. L'IA 113 est intervenu en retirant la main du résident 025, sans toutefois remplir le rapport d'incident interne, que le foyer désigne comme étant le rapport écrit préliminaire, avant de quitter le travail.

L'IA 113 n'a pas interrogé la PSSP 114 et n'a pas commencé à rédiger le rapport d'incident interne qu'exige cette politique.

Le paragraphe 6 d) indiquait que le MSSLD serait informé dès que possible de tout incident soupçonné de mauvais traitement envers un résident (rapport d'incident critique au moyen du système électronique).

Le 19 janvier 2016, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'aucun rapport d'incident critique n'avait été envoyé au MSSLD au moyen du système électronique de rapport d'incidents critiques pour les incidents de septembre 2016 et janvier 2017. La directrice des soins a indiqué qu'elle avait été informée de chaque incident au moyen des rapports quotidiens du quart de travail du matin, mais qu'elle n'en avait pas fait rapport au directeur.

La directrice des soins a également fourni une copie de la politique du foyer intitulée « Critical Incident System Reporting » (Système de rapport d'incidents critiques), qui est entrée en vigueur en juillet 2016 et qui accompagne la politique du foyer concernant les mauvais traitements destinée au personnel infirmier autorisé, dans laquelle il est précisé ceci :

« L'IA/IAA de garde qui est informé d'un incident à déclaration obligatoire au directeur (MSSLD) et qui n'a pas accès au Système de rapport d'incidents critiques en ligne doit faire rapport de l'incident immédiatement au moyen du numéro de téléavertisseur pour rapport en dehors des heures normales au directeur (MSSLD) ».

L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle n'avait pas appelé le directeur (MSSLD) immédiatement après l'incident de septembre 2016.

L'IA 113 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il n'avait pas appelé le directeur (MSSLD) Immédiatement après l'incident de janvier 2017.

Le 19 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait été informée de ces incidents au moyen du rapport quotidien du quart de travail du matin le lendemain en septembre 2016 et en janvier 2017 mais qu'elle n'avait pas appelé le directeur (MSSLD) et qu'à ce jour, elle n'avait pas rempli le rapport d'incident à l'intention du directeur qui est exigé aux termes de cette politique.

Le paragraphe 6 d) indiquait également que le mandataire spécial du résident devait être avisé immédiatement ou dans un délai de 12 heures dès que l'administrateur ou son représentant est informé de l'incident.

Le 19 janvier 2017, l'IA 113 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'à ce jour il n'avait pas contacté le mandataire spécial du résident 025 ni celui du résident 035. La directrice des soins a indiqué qu'elle avait appelé le mandataire spécial du résident 025 et celui du résident 035 dans les cinq jours suivant l'incident.

7. Dans tous les cas où il existe des preuves suffisantes pour corroborer une allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel, l'administrateur, la directrice des soins, la directrice adjointe des soins ou leur représentant doivent faire prévenir la police.

Le 13 janvier 2017, l'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle n'avait pas appelé la police ce soir de septembre 2016 et qu'elle avait rempli un rapport d'incident interne qui avait été remis à la directrice des soins le lendemain et dans lequel il était indiqué qu'il n'y avait pas eu d'appel fait à la police. L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle aurait dû appeler la police mais qu'elle ne l'avait pas fait.

Le 19 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que l'IA 113 responsable ce jour de janvier 2017 était la personne désignée pour remplir le rapport d'incident interne et appeler la police au sujet de

cet incident allégué ou soupçonné de mauvais traitement d'ordre sexuel envers le résident 025 de la part du résident 035.

Ainsi, les politiques que le titulaire de permis avait en place au foyer au moment où sont survenus ces incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel allégués ou soupçonnés entre le résident 035 et le résident 025 un jour de septembre 2016 et un jour de janvier 2017, soit les politiques intitulées « Preventing, Reporting and Elimination of Abuse related to Residents » et « Critical Incident System Reporting », n'ont pas été respectées. [par. 20 (1)]

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 :

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'un résident de la part d'un autre qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice s'était produit ou pouvait se produire, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Le résident 025 a été admis au foyer en 2012 avec plus diagnostics médicaux. Le dossier de santé a été examiné et les rapports d'incidents suivants ont été consignés au dossier du résident 025.

Des rapports d'incidents internes ont été remplis pour trois incidents allégués ou soupçonnés de mauvais traitements d'ordre sexuel envers le résident 025 de la part du résident 035 entre janvier 2015 et janvier 2017. Les deux premiers incidents n'ont jamais été signalés au directeur.

Le 18 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que, selon l'examen de ces rapports d'incidents concernant le résident 025 et le résident 046, aucun rapport d'incident critique n'avait été envoyé au directeur (MSSLD) car elle l'aurait agrafé au rapport d'incident et copié au dossier du résident. La directrice des soins a indiqué que l'incident allégué ou soupçonné de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident un jour de janvier 2017 avait fait l'objet d'un rapport cinq jours après l'incident. La directrice des soins a également indiqué que le foyer n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils étaient fondés. [par. 24 (1)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53 (Comportements réactifs).

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

53. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;**
 - b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;**
 - c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées.**
- Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies qui ont été élaborées pour le résident 035 soient mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs de ce résident, dans la mesure du possible.

Un jour de septembre 2016, un rapport d'incident a été rempli au sujet d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel envers le résident 035. Selon les mesures à long terme documentées dans ce rapport d'incident, il fallait veiller à ce que le résident 035 reste éloigné de la chambre du résident 025 et placer une barrière en travers de la porte de la chambre du résident 025. Une autre intervention consistait à maintenir une surveillance toutes les 30 minutes pour contrôler les allées et venues du résident. La directrice des soins infirmiers a plus tard documenté, un jour de septembre 2016, une nouvelle intervention consistant à asseoir le résident 035 dans un fauteuil de type inclinable dans sa chambre à coucher après le dîner.

Le 18 janvier 2017, l'inspectrice 547 a vu les feuilles de cheminement du résident 035 visant une période de sept jours du mois de septembre 2016 et noté que la documentation de la surveillance toutes les 30 minutes n'avait pas été remplie pour la période de 14 h à 22 h le jour de l'incident de septembre 2016.

Le 17 janvier 2016, l'inspectrice 547 a interrogé l'IAA 107, qui travaillait ce jour particulier de septembre 2016 durant le quart de 14 h à 22 h au cours duquel cet incident est survenu, et a identifié une nouvelle intervention consistant à placer la barrière jaune en travers de la porte du résident 025 pour empêcher le résident 035 d'entrer dans sa chambre. L'IAA 107 a indiqué qu'elle n'avait jamais vu le résident 035 enlever des barrières ou

passer dessous et pensait que cette intervention serait efficace. L'IAA 107 a indiqué que, jusqu'à ce jour, la barrière n'avait pas été utilisée régulièrement pour la chambre du résident 025.

Un jour de janvier 2017, le résident 025 a été touché sexuellement de manière inappropriée par le résident 035 dans la chambre à coucher durant le quart de soir.

La PSSP 114 du quart de soir a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il n'y avait pas de barrière en place pour bloquer la porte de la chambre du résident 025 et qu'il était rare qu'il y en ait une en place. La PSSP 114 a également indiqué que, la plupart du temps, le résident 035 n'avait pas été installé dans un fauteuil de type inclinable après le dîner. L'IA 113 responsable du quart de soir a indiqué qu'il n'y avait pas de barrière en place pour bloquer la porte de la chambre du résident 025 et qu'il ne savait pas que le résident 035 devait être installé dans un fauteuil de style inclinable dans la chambre à coucher à titre d'intervention en raison de ses comportements réactifs.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident 035 et noté que les interventions prévues pour les comportements réactifs du résident 035 en septembre 2016 n'avaient pas été ajoutées au programme de soins du résident.

La directrice des soins a noté que le programme de soins du résident n'avait pas été mis à jour de façon à y inclure ces interventions avant le 16 janvier 2017, lorsque ceci a été porté à l'attention de la directrice des soins par l'inspecteur. [alinéa 53 (4) b)]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55 (Comportements et altercations).

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

- a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en oeuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents;**
- b) le personnel chargé des soins directs est informé au début de chaque poste au sujet de chaque résident dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue parce que ceux-ci peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel chargé des soins directs soit informé au début du poste de soir, un jour de septembre 2016, au sujet des comportements réactifs du résident 035 envers le personnel infirmier, qui exigeaient une surveillance accrue parce que ceux-ci pouvaient lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres.

Les notes d'évolution du résident 035' indiquaient, pour le poste de 6 h à 14 h d'un jour de septembre 2016, que le résident 035 avait touché un préposé aux services de soutien personnel entre les jambes de façon inappropriée et qu'il avait fallu une intervention de l'IAA 103 pour faire cesser cette activité.

L'IAA 103 a indiqué à l'inspectrice 547, un jour de janvier 2017, qu'elle se souvenait être allée voir le résident et lui avoir dit que ce comportement sexuel inapproprié n'était pas acceptable. Elle a affirmé lui avoir dit d'arrêter, et c'est ce qu'elle a fait.

Le résident 035 a une diminution de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme, il est donc difficile de savoir de quoi il se souvient. Lorsqu'on le prend en flagrant délit, le résident est conscient d'avoir mal agi. Lorsqu'on lui donne une explication, le résident comprend et on parvient à le rediriger. Cependant, ses actions se reproduisent à intervalles de quelques mois.

L'inspectrice 547 a examiné le rapport quotidien utilisé pour les rapports de quart de travail au foyer aux fins de communication au personnel affecté au quart de travail suivant et aucune indication de ces attouchements sexuels inappropriés concernant le résident 035 n'a été citée l'objet d'une demande de surveillance accrue de la part du personnel.

Le résident 035 a été vu en train de faire des attouchements sexuels inappropriés au résident 025 le même soir, six heures après que le personnel infirmier a noté le comportement initial. [alinéa 55 b)]

AE n° 12 : 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 :

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 que le mandataire spécial du résident 025 soit avisé dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement envers le résident.



Ministry of Health and
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

Un jour de janvier 2015, un rapport d'incident a été rempli au foyer au sujet d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. Il a été documenté dans ce rapport que le PSSP 105 avait vu le résident 035 assis dans le fauteuil au chevet du résident 025. Il a été noté que le résident 035 avait la main à l'intérieur de la partie avant du sous-vêtement du résident 025.

Le mandataire spécial du résident 025 a été avisé par la directrice des soins trois jours après l'incident.

Un jour de mars 2016, un rapport d'incident a été rempli au foyer au sujet d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. Il a été documenté dans ce rapport que le PSSP 117 avait vu le résident 035 poser la main entre les jambes du résident 046 alors qu'il était assis dans le salon principal du foyer. Il a également été documenté que le résident 046 caressait le genou du résident 025 durant cet incident. Le PSSP 117 a immédiatement séparé les deux résidents.

L'IAA 108 a été avisée et a rempli le rapport d'incident de mauvais traitement trois jours après les faits. Le mandataire spécial du résident a été avisé de cet incident par l'IA 118 deux jours après l'incident.

Un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel s'est produit sept jours plus tard, un jour de janvier 2017, et un rapport d'incident a été rempli au foyer. Il a été documenté dans ce rapport que le PSSP 114 avait vu le résident 035 assis au chevet du résident 025, la main à l'intérieur du sous-vêtement du résident 025. L'IA 113 responsable a immédiatement été avisé et a documenté l'incident dans les notes d'évolution du résident 035.

L'IA 113 responsable a indiqué à l'inspectrice 547, le 18 janvier 2017, qu'il n'avait pas appelé le mandataire spécial du résident au sujet de l'incident de janvier 2017.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547, le 18 janvier 2017, qu'elle avait été avisée de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel envers le résident 025 le lendemain de l'incident, lors du rapport de quart de travail du matin, car l'IA 113 avait documenté cet incident dans le rapport quotidien des quarts de travail. Le mandataire spécial du résident 025 a été avisé par la directrice des soins cinq jours après l'incident.

Ainsi, le mandataire spécial du résident 025 n'a pas été avisé dans les 12 heures après avoir pris connaissance de ces incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel. [alinéa 97 (1) b)]

AE n° 13 : 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 ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle.

Le résident 035 a été admis au foyer en janvier 2014 avec plusieurs diagnostics médicaux, dont une maladie neurologique. Le programme de soins du résident 035 indiquait que le résident était à risque de comportements sexuels abusifs. L'examen du dossier du résident 035 a révélé que quatre rapports d'incidents internes avaient été remplis entre janvier 2015 et janvier 2017 au sujet d'incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel envers des résidentes du foyer. Dans ces quatre rapports d'incidents, il était documenté que la police n'avait pas été avisée.

Le 18 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que la police avait été contactée par téléphone à propos de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel envers le résident 025 survenu un jour de janvier 2017, et cela six jours après l'incident. La directrice des soins a également indiqué que la police n'avait pas été avisée immédiatement de ces incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part du résident 035. [art. 98.]

AE n° 14 : 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 :

107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé au plus tard dans les trois jours ouvrables lorsque se produit un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant 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.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (7), un changement important désigne un changement majeur dans l'état de santé du résident qui ne se résoudra pas sans recours à d'autres interventions, qui a une incidence sur plus d'un aspect de l'état de santé du résident et qui exige une évaluation de la part de l'équipe interdisciplinaire ou une révision du programme de soins du résident. (030654-16)

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 039. Le résident 039 a été admis au foyer un jour d'octobre 2016. Deux jours plus tard, le résident 039 a été trouvé assis par terre à gauche de son lit, les jambes enveloppées dans une couverture. Le résident a été envoyé à l'hôpital le même jour en raison d'une douleur.



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

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

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

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

Les notes d'évolution indiquent que le résident a été renvoyé au foyer le même jour avec un diagnostic de fracture causant un changement important dans l'état physique du résident.

Lors d'un entretien le 19 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle et la directrice adjointe des soins étaient les personnes chargées d'informer le directeur et de lui envoyer tous les rapports d'incidents critiques. Elle a également indiqué à l'inspectrice que le résident 039 avait été envoyé à l'hôpital et était revenu le même jour avec un diagnostic de fracture ayant causé un changement important dans ses activités quotidiennes et que, par conséquent, un rapport d'incident critique avait été envoyé au directeur dans les 10 jours. La directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas que le directeur devait être avisé au plus tard dans un délai d'un jour ouvrable.

L'incident a fait l'objet d'un rapport au directeur cinq jours après les faits. [alinéa 107 (3) 4]

Date de délivrance : 25 avril 2017 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la
Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	LINDA HARKINS (126) – (A1)
N° de registre :	035422-16 (A1)
N° du rapport d'inspection :	2017_620126_0001 (A1)
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	25 avril 2017 (A1)
Titulaire de permis :	GENESIS GARDENS INC
Foyer de soins de longue durée :	FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME
Nom de l'administrateur :	Benoît Marleau

Aux termes du présent document, GENESIS GARDENS INC est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

Aux termes de la :

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

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à assurer ce qui suit :

- Les membres de l'équipe de direction, notamment le personnel infirmier autorisé du foyer, sont renseignés sur les politiques du foyer concernant la prévention, la déclaration et l'élimination des mauvais traitements envers les résidents, ainsi que le système de rapport d'incidents critiques, afin que tous les membres de l'équipe de direction et du personnel infirmier autorisé comprennent et mettent en œuvre les exigences établies.
 - Tous les membres du personnel savent comment reconnaître les cas soupçonnés ou observés de mauvais traitement de la part d'un résident envers un autre, conformément aux politiques en place.
 - Tous les membres de l'équipe de direction et du personnel infirmier autorisé savent comment documenter une description concise, une évaluation et une enquête sur les cas qui ont fait l'objet d'un rapport d'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement envers un résident.
 - Un système est élaboré pour permettre au directeur des soins ou à son représentant d'examiner toute la documentation et les communications du personnel de première ligne au moins une fois par jour pour déterminer si des incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement envers des résidents se sont produits au foyer.
 - Un système est élaboré pour que, lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident a subi un mauvais traitement, le foyer documente immédiatement son enquête et veille à ce que toutes les exigences législatives soient respectées.
 - Un système est élaboré pour que, lorsqu'un résident a des comportements réactifs, il soit évalué et que des interventions soient élaborées et mises en œuvre. Ces interventions seront documentées dans le programme de soins du résident et le programme de soins sera réexaminé et révisé au besoin.
- Ce plan doit être présenté à Lisa Kluge au plus tard le 22 février 2017, par télécopieur au 613 569-9670.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger le résident 025 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel reçus du résident 035.

Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 2 (1) b), un mauvais traitement d'ordre sexuel 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.

Le 10 janvier 2017 débutait, aux fins de l'inspection de la qualité des services aux résidents de 2017, une inspection qui a révélé que le résident 035 avait des comportements réactifs qui s'étaient aggravés depuis septembre 2016, selon les évaluations de l'ensemble minimal de données (évaluations MDS) du foyer.

Le résident 035 a été admis au foyer en 2014 avec plusieurs diagnostics médicaux, notamment une maladie neurologique. L'évaluation du résident 035 datée d'un jour de septembre 2016 indiquait que des troubles de l'humeur et des symptômes d'un comportement socialement inapproprié ou perturbateur s'étaient manifestés pendant un à trois jours au cours des sept derniers jours et que ce comportement n'était pas facilement modifiable. Un jour d'avril 2016, le résident 035 a été évalué par une équipe externe pour ses comportements d'attouchements sexuels inappropriés à l'endroit de résidents du foyer. Le programme de soins en vigueur pour le résident 035, en place dans le dossier du résident depuis mai 2016, indiquait que le résident était à risque pour ses comportements de mauvais traitements d'ordre sexuel. Le programme de soins du résident 035 indiquait également, chez celui-ci, une fonction cognitive médiocre pour ce qui concerne l'orientation et le souvenir en raison de son affection neurologique, de la confusion et une perte de mémoire.

Le résident 025 a été admis au foyer en 2012 avec plusieurs diagnostics médicaux. Le programme de soins en vigueur au dossier du résident et daté d'un jour de février 2016 indiquait que le résident 025 avait besoin de l'assistance complète de deux membres du personnel pour la mobilité au lit. Le résident 025 a une déficience cognitive et une perte de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme. Un jour de septembre 2016, l'IAA 107 a vu le résident 035 assis au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements inappropriés à l'intérieur de la partie avant de son sous-vêtement.

Un jour de septembre 2016, l'IAA 107 a vu le résident 035 assis au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements inappropriés à l'intérieur de la partie avant de son sous-vêtement.

Le rapport d'incident interne du foyer rempli par l'IAA 107 indiquait que la police n'avait pas été appelée, comme l'indique l'AE n° 12 du présent rapport.

Le rapport d'incident susmentionné indiquait également qu'à titre d'intervention, le personnel devait, d'une part, veiller à ce que le résident 035 ne se trouve jamais à proximité de la chambre du résident 025 et, d'autre part, placer une barrière en travers de la porte. Cette intervention n'était pas en place, comme l'indique l'AE n° 9 du présent rapport. Le rapport d'incident interne a été évalué le lendemain par la directrice des soins, qui a ajouté des interventions consistant à asseoir le résident 035 dans une chaise de style fauteuil inclinable dans la chambre après le dîner pour aider le personnel infirmier à garder le résident 035 à distance du résident 025 le soir, période de la journée définie comme étant un moment déclencheur pour les gestes inappropriés du résident 035. Cette intervention n'a été ajoutée au programme de soins du résident 035 que quatre mois plus tard, quand l'inspectrice 547 l'a portée à l'attention de la directrice des soins, comme l'indique l'AE n° 9 du présent rapport.

L'IAA n° 107 et la directrice des soins ont indiqué à l'inspectrice 547 que, lorsqu'elles ont eu connaissance des faits, elles n'avaient pas immédiatement signalé au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) cet incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident, comme l'indique l'AE n° 2 du présent rapport.

Un jour de janvier 2017, le PSSP 114 a vu le résident 035 assis au chevet du résident 025 en train de lui faire des attouchements inappropriés à l'intérieur de la partie arrière de son sous-vêtement.

L'IA 113 n'a pas rempli immédiatement le rapport d'incident interne qu'exigent la politique et les procédures du foyer en cas de mauvais traitement comme l'indique l'AE n° 7 du présent rapport.

L'IA 113 n'a pas signalé cet incident à la police comme l'indique l'AE n° 12 du présent rapport.

L'IA 113 n'a pas signalé cet incident au directeur (MSSLD) comme l'indique l'AE n° 2 du présent rapport.

La directrice des soins a signalé ce rapport d'incident au directeur (MSSLD) en janvier 2017, cinq jours après avoir eu connaissance de cet incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident envers un autre résident.

Le titulaire de permis n'a pas assuré le respect des dispositions suivantes :

1. LFSLD, par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. (Se reporter à l'AE n° 2.)

2. LFSLD, par. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1). (Se reporter à l'AE n° 08.)

3. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs : a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. (Se reporter à l'AE n° 9.)

4. Règl. de l'Ont. 79/10, 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. (Se reporter à l'AE n° 11.)

5. 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. (Se reporter à l'AE n° 12.)

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné confirme un « préjudice réel » et sa portée révèle une « tendance » puisque trois incidents documentés de mauvais traitement d'ordre sexuel observé ont été administrés au résident 025 par le résident 035 entre un jour de janvier 2015 et janvier 2017. [par. 19 (1)] (547)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 9 juin 2017 (A1)

N° de l'ordre : 002

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, 24. (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.
2. Les risques qu'il peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.
3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.
4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.
5. Les médicaments et traitements dont il a besoin.
6. Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont il souffre et dont le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.
7. L'état de sa peau, y compris les interventions en la matière.
8. Les directives données concernant le régime alimentaire, notamment en ce qui a trait à la texture des aliments, la consistance des liquides et les restrictions alimentaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à faire ce qui suit :

1. Le titulaire de permis élaborera immédiatement un programme de soins écrit dans un délai de 24 heures pour toute nouvelle admission à compter du 8 février 2017 et celui-ci sera communiqué et accessible à chaque membre du personnel.
2. Le programme de soins exigé dans les 24 heures suivant l'admission doit être élaboré par écrit, accessible à tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs au résident et comprendre les renseignements suivants, en plus de l'outil actuellement utilisé au chevet de chaque résident :
les risques que le résident peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour atténuer ces risques;
les risques que le résident peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne;
sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit élaboré un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de chaque résident, à ce qu'il soit communiqué au personnel chargé des soins directs dans le même délai et à ce qu'il comprenne les renseignements suivants au sujet du résident :
 1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.
 3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.
 4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.

Le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de soins établisse les soins prévus pour le résident, ainsi que des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le foyer a indiqué que le programme de soins désignait le « kardex », le programme de soins, les feuilles de cheminement du résident, le dossier d'administration des médicaments, le dossier d'administration des traitements, le rapport de quart de travail, toute évaluation conservée dans le dossier de santé du résident et un outil au chevet de chaque résident.

Un rapport d'incident grave a été présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, un jour d'octobre 2016, au sujet d'une chute que le résident 039 avait faite trois jours auparavant et qui lui avait causé une fracture.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 039. Le dossier de santé indiquait que le résident 039 avait été admis en 2016 avec plusieurs diagnostics. Le dossier de santé du résident indiquait également que, le lendemain, les évaluations suivantes avaient été réalisées au moment de l'admission :

- évaluation dentaire;
- évaluation de la peau;
- évaluation par un physiothérapeute;
- évaluation initiale par une infirmière à l'admission;
- évaluation du risque de chute;
- évaluation de la continence;
- évaluation diététique;
- évaluation au moyen de l'outil de chevet.

L'inspectrice 592 a examiné l'évaluation des besoins en soins infirmiers réalisée au moment de l'admission pour le résident 039. L'évaluation des besoins en soins infirmiers indiquait que le résident avait été évalué un jour d'octobre 2016 avec une démarche instable, des étourdissements et des pertes soudaines d'équilibre lorsqu'il se levait. L'évaluation des besoins en soins infirmiers indiquait également que le résident 039 se couchait habituellement à 19 h et qu'il était continent. L'outil de chevet du résident daté d'un jour d'octobre 2016 a également été examiné et indiquait que le résident 039 avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pour les transferts.

Lorsqu'elle a examiné le dossier de santé du résident 039, l'inspectrice 592 n'a pas pu constater qu'un programme de soins provisoire avait été établi dans les 24 heures suivant l'admission du résident après avoir reçu les résultats des évaluations des besoins du résident en matière de soins infirmiers. Le programme de soins disponible pour le résident était daté d'un jour de janvier 2017.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la PSSP 122 a informé l'inspectrice 592 qu'elle s'occupait du résident 039 avant qu'il subisse cette blessure. Elle a également indiqué qu'au moment de son admission, le résident 039 utilisait un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité mais que, souvent, le résident 039 essayait de se lever sans aide mais était trop faible et que, pour cette raison, il avait besoin de l'aide du personnel. Elle a également indiqué à l'inspectrice que, lorsque l'incident s'était produit, le résident avait essayé de se lever comme une personne autonome, sans aucune aide. Lorsque l'inspectrice a demandé à la PSSP 122 quelle était la procédure pour communiquer au personnel l'information sur un résident nouvellement admis, la PSSP a répondu que le personnel recevait l'information au moyen du rapport quotidien du personnel infirmier pour toute intervention et que le personnel effectuait les adaptations nécessaires pour le résident. La PSSP 122 a également indiqué que, s'il y avait des préoccupations, le personnel demandait à l'infirmière de clarifier les besoins du

résident mais que ceux-ci étaient communiqués verbalement, vu qu'il n'y avait pas de documentation disponible, à part les notes d'évolution, le rapport quotidien du personnel infirmier et l'outil d'évaluation situé dans chacune des chambres.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la PSSP 120 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle s'occupait du résident 039 avant qu'il subisse cette blessure. Elle a également indiqué qu'au moment de son admission, le résident 039 marchait de façon autonome et qu'il était indépendant et ne nécessitait qu'une aide limitée. La PSSP 120 a également indiqué à l'inspectrice qu'au moment de l'admission d'un nouveau résident, les employés étaient informés au moyen du rapport quotidien du personnel infirmier et par le personnel autorisé si des interventions particulières étaient nécessaires. Elle a également indiqué que la PSSP se reportait au dossier du résident si elle avait des questions et qu'elle utilisait son jugement pour la fourniture des soins.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'au moment de l'admission d'un nouveau résident, le personnel infirmier autorisé devait évaluer le résident en remplissant le formulaire d'admission et d'évaluation, qui comprend différentes évaluations, et communiquer toute intervention particulière verbalement au moment du rapport quotidien du personnel infirmier, et cela, pour quatre quarts de travail consécutifs. L'IA 119 a également indiqué qu'aucun programme de soins n'était élaboré pour les résidents nouvellement admis. Un programme de soins n'est disponible qu'une fois que la coordonnatrice de l'évaluation RAI a rempli le programme de soins et que celui-ci est mis à la disposition du personnel. Elle a ajouté qu'elle était incapable d'accéder à un programme de soins électronique parce que seule la coordonnatrice de l'évaluation RAI était autorisée à y avoir accès.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice que dans les 24 heures suivant l'admission d'un résident, les formulaires d'évaluation étaient en place et que tous les membres du personnel devaient les remplir pendant sept jours. Elle a également indiqué qu'après l'évaluation sur sept jours, l'information était examinée et qu'un programme de soins écrit devait être élaboré et prêt dans un délai de 21 jours suivant l'admission du résident. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que le programme de soins provisoire à établir dans les 24 heures suivant l'admission n'était pas élaboré pour les résidents nouvellement admis tant qu'elle n'avait pas fini de recueillir les observations consignées sur les feuilles de cheminement durant ces sept jours. Elle a ajouté qu'elle était incapable de suffire à toutes ses tâches et qu'en conséquence, le programme de soins du résident 039 n'avait été élaboré et prêt qu'en janvier 2017, soit 89 jours après son admission.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2017, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que les évaluations étaient remplies au moment de l'admission du résident et qu'un outil de chevet était élaboré en fonction de ces évaluations pour indiquer aux membres du personnel comment procéder pour les transferts du résident. La directrice adjointe des soins a indiqué qu'il n'y avait pas de programme de soins élaboré pour le nouveau résident tant que les évaluations n'étaient pas remplies et mises à la disposition de la coordonnatrice de l'évaluation RAI.

De plus, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

Lorsque l'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 039, les notes d'évolution indiquaient que lorsque le résident est rentré de l'hôpital un jour d'octobre 2016, il présentait un changement important de son état physique. Les notes d'évolution révélaient que le résident 039 portait un plâtre, qu'il nécessitait l'aide de deux personnes pour ses transferts et qu'il utilisait un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité. Les notes d'évolution indiquaient également que le résident avait du mal à se porter sur lui-même et à pivoter et qu'il avait besoin de soins périnéaux.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que, lorsque les besoins d'un résident en matière de soins évoluaient, son programme de soins était réexaminé de façon à tenir compte de ses besoins actuels. Elle a ajouté que le résident 039 présentait un changement important de son état physique à son retour de l'hôpital et qu'aucun programme de soins n'avait été réexaminé et révisé puisqu'à ce moment-là aucun programme de soins n'avait été élaboré pour le résident. La directrice des soins a également indiqué que le personnel utilisait l'outil de chevet du foyer comme guide de référence rapide pour avoir une idée du type de transfert requis et que l'outil n'avait pas été mis à jour après que le résident était rentré de l'hôpital.

Un examen de l'outil de chevet du foyer, accessible aux membres du personnel infirmier, n'a révélé aucune indication du type et du niveau d'aide dont le résident 039 a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, de sa routine habituelle et de ses besoins en matière de confort. Avant et après la chute et la blessure du résident, l'outil de chevet du foyer ne donnait aucune indication du risque que le résident 039 pouvait courir, ni du risque de chute et des interventions nécessaires pour atténuer ces risques.

Le 24 janvier 2017, l'inspectrice 126 a examiné le dossier de santé du résident 014, admis un jour de septembre 2016, et celui du résident 048, admis un jour de novembre 2016. Les évaluations suivantes ont été remplies au moment de l'admission pour les deux résidents : évaluation dentaire; évaluation de la peau; évaluation par un physiothérapeute; évaluation de la continence; évaluation diététique; évaluation au moyen de l'outil de chevet; évaluation initiale par une infirmière à l'admission.

La gravité du préjudice dans l'incident susmentionné confirme un « préjudice potentiel » et la portée du préjudice est « vaste » ainsi que l'ont révélé les entretiens avec le personnel infirmier, selon lequel tous les résidents nouvellement admis ne bénéficiaient pas d'un programme de soins provisoire élaboré pour chacun d'eux dans un délai de 24 heures. [par. 24 (2)] (592)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 9 mai 2017

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

TORONTO (Ontario) M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

TORONTO (Ontario) M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 25 avril 2017 (A1)**Signature de l'inspecteur :****Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :****Bureau régional de services :**

Original signé par

LINDA HARKINS (A1)

Ottawa