



**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***

**Ministry of Health and Long-Term Care**  
Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St., 4<sup>th</sup> Floor  
Ottawa ON K1S 3J4

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4

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

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

Telephone: 613-569-5602  
Facsimile: 613-569-9670

Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du titulaire de permis

Copie destinée au public

**Date(s) d'inspection**  
2 août 2013

**Numéro d'inspection**  
2013\_225126\_0012

**Type d'inspection**

Système de rapport d'incidents critiques  
(Registre O-000395, 000418, 000524,  
603-13)

**Titulaire de permis**

1663432 ONTARIO LTD.  
2212, CROISSANT GLADWIN, UNITÉ A-9, BUREAU 200, OTTAWA (ONTARIO) K1B 5N1

**Foyer de soins de longue durée**

MANOIR MAROCHEL  
949, CHEMIN MONTRÉAL, OTTAWA (ONTARIO) K1K 0S6

**Inspecteur(s)**

LINDA HARKINS (126)

**Résumé de l'inspection**

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques (SIC).

Elle a eu lieu aux dates suivantes : les 27-28 juin 2013, ainsi que les 2, 4, 5, 8, 23, 24 et 30 juillet 2013.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, le directeur des soins, l'infirmière clinicienne, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs résidents, des membres de la famille, l'infirmière autorisée en psychogériatrie et le médecin-psychogériatre.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné le dossier de santé de plusieurs résidents et le Système de rapport d'incidents critiques (SIC), puis a observé les soins et les services fournis aux résidents.

Au cours de cette inspection, plusieurs incidents graves ont été examinés.

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

- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- comportements réactifs.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

---

**NON-RESPECTS**

---

**Définitions**

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

---

Le 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. 6 (Programme de soins).

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

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

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

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

---

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 6 (1) c, dans la mesure où le foyer n'a pas donné de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident n° 1.

Le dossier de santé du résident n° 1 a fait l'objet d'un examen qui vise la période de 2010 à 2013. Quatre incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel et plusieurs comportements sexuels inappropriés potentiels qui auraient pu mener à des mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels ont été documentés dans les notes d'évolution visant cette période.

Le résident n° 1 a été identifié comme présentant un haut risque de mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels ou réels pour d'autres résidents. Le personnel qui fournissait des soins directs au résident n° 1 n'a pas reçu de directives claires, ainsi qu'en témoignent les faits décrits ci-après.

Le 19 juillet 2013, deux PSSP interrogés par l'inspecteur n° 126 ont indiqué que la rotation trimestrielle du personnel avait eu lieu ce matin-là et qu'ils étaient nouveaux dans l'unité du résident n° 1. Durant le premier compte rendu matinal, ils n'ont pas été informés des risques élevés que présentait le résident n° 1 en fait de comportements sexuels inappropriés ni des mesures à prendre pour protéger les autres résidents. Ils ont indiqué que tout le monde était au courant des comportements du résident n° 1 et que celui-ci était contrôlé toutes les 15 minutes. Un autre PSSP, affecté à l'autre unité, a indiqué à l'inspecteur n° 126 que plusieurs de ses résidents faisaient l'objet d'un contrôle toutes les 15 minutes. Le PSSP était en mesure d'expliquer comment faire la vérification toutes les 15 minutes mais incapable de donner les raisons pour lesquelles ces résidents étaient contrôlés toutes les 15 minutes. Lors d'un entretien, le directeur des soins a indiqué que les PSSP doivent lire le « cahier de rapport des PSSP » et examiner la liste pour savoir qui est surveillé toutes les 15 minutes.

Durant le quart de nuit d'un jour de juillet 2013, le PSSP n° 121 a vu le résident n° 1 afficher des comportements sexuels inappropriés potentiels et ces comportements n'ont pas été signalés immédiatement à l'infirmière de nuit. Ces renseignements ont été communiqués à la fin du quart de nuit, le lendemain matin, quand l'IA n° 100 a demandé aux PSSP s'ils avaient quelque chose d'inhabituel à signaler pour le quart de nuit. Le PSSP n° 121 n'a pas reçu de directive claire l'invitant à signaler l'incident immédiatement à l'IA pour permettre les évaluations et les interventions visant à assurer la protection du résident n° 7. [alinéa 6 (1) (c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 6 (10) b, dans la mesure où le résident n° 2 est tombé un jour de mai 2013 et n'a pas été réévalué quand ses besoins en matière de soins ont changé. L'état du résident n° 2 a continué à se dégrader pendant quelques jours puis, un matin de mai 2013, il a été trouvé inerte et il est décédé. Le résident n° 2 était sous anticoagulothérapie.

Dans les notes d'évolution de ce début de matinée, il est documenté que le résident n° 2 a été trouvé par terre et qu'il a informé le personnel qu'il s'était cogné la tête sur le sol. L'IA de nuit (n° 100) a documenté que le résident n° 2 avait un hématome du côté droit du front.

Dans les notes d'évolution de ce quart de jour, il est documenté que le résident n° 2 s'est plaint d'un mal de tête et que le médicament antidouleur lui a été donné mais son efficacité n'est pas documentée. La taille et la couleur de l'hématome identifié précédemment par l'employé n° 100 ce matin-là n'y sont pas documentées. La documentation de la surveillance des signes neurologiques était incomplète compte tenu des exigences du foyer pour l'outil d'évaluation neurologique.

---

Dans les deux notes d'évolution du quart de soir de ce jour et du quart de nuit du jour suivant, la taille et la couleur de l'hématome du résident n° 2 ne sont pas documentées.

Dans les notes d'évolution du jour suivant, l'IAA n° 101 a documenté que l'hématome sous l'œil droit du résident n° 2 était rouge vif et que son visage était enflé.

En début de matinée le deuxième jour qui a suivi la chute, le médecin et l'infirmière responsable ont évalué le résident n° 2. Ce même jour, l'IAA n° 101 a documenté que le résident n° 2 n'avait pas bien mangé pendant le petit-déjeuner, qu'il s'était plaint de douleurs et qu'un saignement avait été noté sous chaque œil.

Dans les notes d'évolution du deuxième jour suivant la chute, l'IA n° 102 a documenté que le résident n° 2 n'avait pas bien mangé pendant le dîner et que l'hématome et la contusion étaient très prononcés au niveau du visage. L'employé n° 102 a documenté que le résident n° 2 avait eu de la difficulté à prendre ses médicaments à 21 h et qu'il n'y avait pas eu de plaintes verbales.

En début de matinée le troisième jour qui a suivi la chute, il est documenté dans les notes d'évolution que le PSSP avait été incapable de réveiller le résident n° 2. Le résident a été transporté par ambulance vers l'hôpital. Le résident est décédé quelques heures plus tard.

Selon les inscriptions aux notes d'évolution susmentionnées, l'état du résident n° 2 se dégradait et l'hématome et la contusion s'agrandissaient. On n'a trouvé au dossier de santé du résident aucune documentation indiquant que le médecin a été informé du changement survenu dans l'état du résident n° 2 le deuxième jour suivant sa chute. Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont été interrogés par l'inspecteur n° 126 et ils ont indiqué que le médecin était sur place dans la matinée et qu'ils n'ont pas informé celui-ci du changement survenu dans l'état du résident n° 2 parce qu'ils présumaient que l'évaluation du matin était suffisante.

Le titulaire de permis n'a pas contrôlé l'état du résident conformément aux exigences du foyer concernant l'évaluation neurologique et n'a pas informé le médecin de l'augmentation de taille de l'hématome et de la contusion ni du changement de l'état général du résident n° 2.

Le préjudice et le risque de préjudice aux résidents découlant du non-respect observé étaient de haute gravité. La chute du résident n° 2 a entraîné un préjudice réel et un décès ultérieur. La portée du préjudice et du risque de préjudice découlant du non-respect observé est isolée. Le foyer compte un ou plusieurs non-respects au cours des trois dernières années. [alinéa 6 (10) b)]

#### **Autres mesures requises :**

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

---

**AE n° 2 :** Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19 (Obligation de protéger).

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

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

---

---

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis a omis de se conformer à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19, dans la mesure où il n'a pas protégé les résidents contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part du résident n° 1 pendant la période de 2011 à 2013. Aux termes de l'alinéa 2 (1) b) du Règl. de l'Ont. 79/10, « 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 dossier de santé du résident n° 1 a fait l'objet d'un examen visant la période de 2010 à 2013. Quatre incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel ont été documentés dans les notes d'évolution et plusieurs comportements sexuels inappropriés potentiels ont été documentés durant cette période.

Le résident n° 1 a été admis au foyer plusieurs années auparavant. Le résident n° 1 se déplace en fauteuil roulant sur de longues distances et utilise un ambulateur dans la chambre pour les transferts du lit au fauteuil et pour aller aux toilettes.

À quatre reprises, entre 2011 et 2013, le résident n° 1 a affiché des comportements sexuels qui sont documentés ainsi dans les notes d'évolution :

1. Il est indiqué dans les notes d'évolution d'un jour de mai 2011 que le résident n° 3 a dit à l'IA n° 103 que le résident n° 1 lui avait fait subir un mauvais traitement ce matin-là. L'incident a été signalé à l'équipe de direction le même jour. La personne qui était alors directeur des soins a documenté dans les notes d'évolution de ce même jour que l'administrateur et elle-même avaient rencontré le résident n° 1 et lui avaient demandé de se tenir à distance de son colocataire et expliqué que si l'incident se reproduisait, ils seraient obligés d'en informer la famille, le ministère et la police.

L'infirmière autorisée n° 106 a documenté dans les notes d'évolution, deux jours après l'incident, qu'à son retour de vacances elle a commencé à contrôler les allées et venues du résident n° 1 toutes les 15 minutes et avisé l'infirmière en psychogériatrie du comportement du résident n° 1. Le résident n° 1 a été vu par le médecin-psychogériatre, qui a recommandé de rappeler au résident n° 1 de rester de son côté de la chambre et recommandé de modifier la dose de médicament, ce qui a été fait.

Le 18 juillet 2013, lorsqu'interrogé par l'inspecteur n° 126 au sujet de l'incident susmentionné, l'IA n° 103 a affirmé se rappeler clairement cet incident. Le résident n° 1 et le résident n° 3 partageaient une chambre à ce moment-là. Au début du quart de travail, un médicament antidouleur a été administré au résident n° 3. Plus tard dans la matinée, l'IA n° 103 a entendu le résident n° 3 crier et est entré dans la chambre. Le résident n° 3 lui a dit avoir reçu un mauvais traitement du résident n° 1. Le résident n° 3 était très bouleversé. Après cet incident, l'IA n° 103 a dit avoir mis le mandataire spécial du résident n° 3 au courant de la situation.

Selon la vérification de cet incident dans le SIC, l'incident n'a pas été signalé au directeur.

2. Il est indiqué par l'IA n° 111, dans les notes d'évolution d'un jour d'avril 2013, que le résident n° 1 a été vu avec les mains sur les parties génitales du résident n° 6.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé l'employé n° 113 au sujet de l'incident susmentionné dont il/elle a été témoin. L'employé n° 113 a indiqué qu'il/elle était en train de remplir la documentation de la « feuille de contrôle toutes les 15 minutes » pour le résident n° 1 quand il/elle a entendu le murmure du résident n° 1. Au même moment, l'employé n° 113 s'est rendu compte que ce murmure venait de la chambre du résident n° 6. Le PSSP n° 113 a vu le résident n° 1 se trouvant sous la couverture en train de toucher les parties génitales du résident n° 6. Il/elle a indiqué que lorsqu'il/elle a immédiatement dit au résident n° 1

---

d'arrêter et de retourner dans sa chambre, l'infirmière autorisée n° 111 est venue dans la chambre faire une évaluation.

Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont dit savoir que le résident n° 6 avait fait l'objet d'un diagnostic de démence et serait incapable de consentir à des attouchements sexuels.

Cet incident s'est produit un jour d'avril 2013 et a été signalé au directeur au moyen du Système de rapport d'incidents graves deux jours plus tard. Dans les notes d'évolution, il est documenté que l'employé n° 111 a informé le procureur du résident n° 6 et la police. Le résident n° 1 a reçu la visite de deux policiers ce jour-là et a été prié de ne pas s'approcher du résident n° 6.

Le résident n° 1 a été vu par le médecin-psychogériatre à la suite de cet incident et on a recommandé au foyer de songer à réinstaller le résident n° 1 plus près du poste de soins infirmiers et d'envisager d'obtenir une alarme qui pourrait être activée par le mouvement. Il a été suggéré d'augmenter la dose de médicament et le foyer a suivi cette recommandation.

3. Il est indiqué dans les notes d'évolution d'un jour de juin 2013 que le résident n° 1 a été observé ce soir-là en train de caresser le résident n° 7 et que le résident n° 1 a fait cela alors qu'il était nu.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé l'IA n° 116 par téléphone au sujet de l'incident susmentionné. L'IA n° 116 a dit avoir vu le résident n° 1 toucher le résident n° 7 quand il/elle faisait sa tournée. Il/elle a vu le résident n° 7 assis dans le fauteuil roulant et le résident n° 1 debout à ses côtés avec l'ambulateur devant. Le résident n° 7 était vêtu et le résident n° 1 portait un T-shirt mais était nu à partir de la taille. Le résident n° 1 touchait le résident n° 7 dans la région de la poitrine sous sa chemise. Quand le résident n° 1 a vu l'employé n° 116, il/elle est retourné rapidement vers son lit avec l'ambulateur et s'est couvert.

Le personnel a décrit le résident n° 7 comme étant physiquement agressif parfois. Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont affirmé qu'ils ne pensaient pas le résident n° 7 capable de donner un consentement éclairé à des attouchements sexuels.

Cet incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur. La police et le directeur en ont été informés environ 10 jours plus tard.

4. Il est noté dans les notes d'évolution du quart de soir d'un jour de juin 2013 que le résident n° 1 est sorti du lit pour se rendre aux côtés de son colocataire (le résident n° 7) et qu'il l'a touché.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé le PSSP n° 118 à propos de l'incident de ce jour de juin 2013.

L'employé n° 118 a indiqué que, vers 21 h, il/elle a observé le résident n° 1 à côté du lit du résident n° 7. L'employé a demandé au résident n° 1 ce qu'il/elle faisait là et le résident n° 1 a répondu qu'il/elle voulait avoir des rapports sexuels avec le résident n° 7. L'employé n° 118 a demandé au résident n° 1 de retourner au lit.

Le résident n° 7 a été vu par l'employé n° 118 en train de se reposer tranquillement au lit, abrité par une couverture. Le résident n° 1 était vêtu d'un short et ne portait pas de T-shirt. L'employé n° 118 a indiqué qu'il/elle n'avait pas vu d'attouchements inappropriés à ce moment-là, seulement le résident n° 1 qui faisait des remarques d'ordre sexuel. L'IAA n° 114 et le PSSP n° 118 ont parlé avec le résident n° 1 et lui ont dit qu'il/elle n'avait pas le droit de toucher le résident n° 7. Aucun autre incident n'a été observé ou signalé et le résident n° 1 est resté au lit.

---

Cet incident n'a pas été signalé au directeur ni entré dans le Système de rapport d'incidents graves. Un rapport interne d'incident grave a été rempli le même jour par l'employé n° 114. Le procureur du résident n° 7 et la police n'ont pas été informés de cet incident immédiatement, mais seulement le lendemain.

Outre les incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel cités précédemment, le résident n° 1 a été vu à plusieurs reprises afficher, entre 2011 et 2013, des comportements inappropriés qui auraient pu mener à des mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels.

Le titulaire de permis n'a pas protégé les résidents n°s 3, 6 et 7 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel du résident n° 1.

Le titulaire de permis n'a pas déployé les interventions nécessaires pour protéger les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement tous les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements d'ordre sexuel, contrairement aux exigences législatives. [par. 19 (1)]

#### **Autres mesures requises :**

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

---

**AE n° 3 :** Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).

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

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

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

---

#### **Faits saillants :**

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, par. 24 (1) dans la mesure où le titulaire de permis a omis de signaler immédiatement au directeur un mauvais traitement d'ordre sexuel infligé à un résident.

Un jour de mai 2011, le résident n° 3 a signalé à l'IA n° 103 qu'il/elle avait reçu un mauvais traitement du résident n° 1. Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur ou rempli un rapport d'incident grave. [par. 24 (1)]

2. Un jour d'avril 2013, un incident de mauvais traitement s'est produit et l'incident a été signalé au directeur au moyen du Système de rapport d'incidents graves deux jours plus tard et non immédiatement. [par. 24 (1)]
3. Les incidents de mauvais traitements survenus à deux dates différentes en juin 2013 n'ont pas été signalés immédiatement au directeur mais ont été signalés au moyen d'un seul rapport d'incident grave plusieurs jours après les faits. [par. 24 (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 la conformité de façon à assurer que les mauvais traitements sont signalés au directeur conformément aux exigences législatives. Ce plan 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. 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.

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'art. 98 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où il n'a pas informé le corps de police concerné d'un incident allégué ou soupçonné de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Un jour de mai 2011, le résident n° 3 a déclaré à l'IA n° 103 avoir reçu un mauvais traitement du résident n° 1. Cet incident allégué ou soupçonné de mauvais traitement d'ordre sexuel n'a pas été signalé au corps de police. [art. 98.]

2. Un incident de mauvais traitement est survenu un jour de juin 2013 et on n'a trouvé aucune documentation indiquant la déclaration de l'incident à la police. [art. 98.]

**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 la conformité de façon à assurer que le foyer signale immédiatement au corps de police concerné tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident. Ce plan doit être mis en application volontairement.*

Date de délivrance : 5 septembre 2013

Signature de l'inspecteur

Original signé par Linda Harkins



# Ordre(s) de l'inspecteur

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

Copie du titulaire de permis

Copie destinée au public

---

Nom de l'inspecteur :	LINDA HARKINS (126)
N° de registre :	O-000395, 000418, 000524, 603-13
N° du rapport d'inspection :	2013_225126_0012
Type d'inspection :	Système de rapport d'incidents critiques
Date d'inspection :	2 août 2013
Titulaire de permis :	1663432 ONTARIO LTD. 2212, CROISSANT GLADWIN, UNITÉ A-9, BUREAU 200 OTTAWA (ONTARIO) K1B 5N1 MANOIR MAROCHEL
Foyer de soins de longue durée :	949, CHEMIN MONTRÉAL OTTAWA (ONTARIO) K1K 0S6
Nom de l'administrateur :	PIERRE BERNIER

---

Aux termes du présent document, **1663432 ONTARIO LTD.** est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

---

N° de l'ordre :	001	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a
-----------------	-----	----------------	---------------------------------------

**Aux termes de :**

la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 6 (10)

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

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit revoir et mettre à jour le programme de soins d'un résident lorsqu'une chute entraîne des changements importants dans l'état du résident. À cette fin, le titulaire de permis doit :

- assurer une évaluation continue de l'état de santé du résident, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation d'anticoagulants, les blessures, le changement d'appétit et l'état neurologique;
- fournir à l'équipe interdisciplinaire des renseignements continus sur l'état du résident au moment du changement d'équipe après une chute;
- informer promptement le médecin de tout changement dans l'état du résident;
- renseigner le personnel infirmier autorisé sur la méthode à suivre pour réaliser une évaluation neurologique conforme aux pratiques en vigueur.

**Constatations :**

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 6 (1) c, dans la mesure où le foyer n'a pas donné de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident n° 1.

Le dossier de santé du résident n° 1 a fait l'objet d'un examen qui vise la période de 2010 à 2013. Quatre incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel et plusieurs comportements sexuels inappropriés potentiels qui auraient pu mener à des mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels ont été documentés dans les notes d'évolution visant cette période. Le résident n° 1 a été identifié comme présentant un haut risque de mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels ou réels pour d'autres résidents. Le personnel qui fournissait des soins directs au résident n° 1 n'a pas reçu de directives claires, ainsi qu'en témoignent les faits décrits ci-après.

Le 19 juillet 2013, deux PSSP interrogés par l'inspecteur n° 126 ont indiqué que la rotation trimestrielle du personnel avait eu lieu ce matin-là et qu'ils étaient nouveaux dans l'unité du résident n° 1. Durant le premier compte rendu matinal, ils n'ont pas été informés des risques élevés que présentait le résident n° 1 en fait de comportements sexuels inappropriés ni des mesures à prendre pour protéger les autres résidents. Ils ont indiqué que tout le monde était au courant des comportements du résident n° 1 et que celui-ci était contrôlé toutes les 15 minutes. Un autre PSSP, affecté à l'autre unité, a indiqué à l'inspecteur n° 126 que plusieurs de ses résidents faisaient l'objet d'un contrôle toutes les 15 minutes. Le PSSP était en mesure d'expliquer comment faire la vérification toutes les 15 minutes mais incapable de donner les raisons pour lesquelles ces résidents étaient contrôlés toutes les 15 minutes. Lors d'un entretien, le directeur des soins a indiqué que les PSSP doivent lire le « cahier de rapport des PSSP » et examiner la liste pour savoir qui est surveillé toutes les 15 minutes.

Durant le quart de nuit d'un jour de juillet 2013, le PSSP n° 121 a vu le résident n° 1 afficher des comportements sexuels inappropriés potentiels et ces comportements n'ont pas été signalés immédiatement à l'infirmière de nuit. Ces renseignements ont été communiqués à la fin du quart de nuit, le lendemain matin, quand l'IA n° 100 a demandé aux PSSP s'ils avaient quelque chose d'inhabituel à signaler pour le quart de nuit. Le PSSP n° 121 n'a pas reçu de directive claire l'invitant à signaler l'incident immédiatement à l'IA pour permettre les évaluations et les interventions visant à assurer la protection du résident n° 7. [alinéa 6 (1) (c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 6 (10) b, dans la mesure où le résident n° 2 est tombé un jour de mai 2013 et n'a pas été réévalué quand ses besoins en matière de soins ont changé. L'état du résident n° 2 a continué à se dégrader pendant quelques jours puis, un matin de mai 2013, il a été trouvé inerte et il est décédé. Le résident n° 2 était sous anticoagulothérapie.

Dans les notes d'évolution de ce début de matinée, il est documenté que le résident n° 2 a été trouvé par terre et qu'il a informé le personnel qu'il s'était cogné la tête sur le sol. L'IA de nuit (n° 100) a documenté que le résident n° 2 avait un hématome du côté droit du front.

Dans les notes d'évolution de ce quart de jour, il est documenté que le résident n° 2 s'est plaint d'un mal de tête et que le médicament antidouleur lui a été donné mais son efficacité n'est pas documentée. La taille et la couleur de l'hématome identifié précédemment par l'employé n° 100 ce matin-là n'y sont pas documentées. La documentation de la surveillance des signes neurologiques était incomplète compte tenu des exigences du foyer pour l'outil d'évaluation neurologique.

Dans les deux notes d'évolution du quart de soir de ce jour et du quart de nuit du jour suivant, la taille et la couleur de l'hématome du résident n° 2 ne sont pas documentées.

Dans les notes d'évolution du jour suivant, l'IAA n° 101 a documenté que l'hématome sous l'œil droit du résident n° 2 était rouge vif et que son visage était enflé.

En début de matinée le deuxième jour qui a suivi la chute, le médecin et l'infirmière responsable ont évalué le résident n° 2. Ce même jour, l'IAA n° 101 a documenté que le résident n° 2 n'avait pas bien mangé pendant le petit-déjeuner, qu'il s'était plaint de douleurs et qu'un saignement avait été noté sous chaque œil.

Dans les notes d'évolution du deuxième jour suivant la chute, l'IA n° 102 a documenté que le résident n° 2 n'avait pas bien mangé pendant le dîner et que l'hématome et la contusion étaient très prononcés au niveau du visage. L'employé n° 102 a documenté que le résident n° 2 avait eu de la difficulté à prendre ses médicaments à 21 h et qu'il n'y avait pas eu de plaintes verbales.

En début de matinée le troisième jour qui a suivi la chute, il est documenté dans les notes d'évolution que le PSSP avait été incapable de réveiller le résident n° 2. Le résident a été transporté par ambulance vers l'hôpital. Le résident est décédé quelques heures plus tard.

Selon les inscriptions aux notes d'évolution susmentionnées, l'état du résident n° 2 se dégradait et l'hématome et la contusion s'agrandissaient. On n'a trouvé au dossier de santé du résident aucune documentation indiquant que le médecin a été informé du changement survenu dans l'état du résident n° 2 le deuxième jour suivant sa chute. Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont été interrogés par l'inspecteur n° 126 et ils ont indiqué que le médecin était sur place dans la matinée et qu'ils n'ont pas informé celui-ci du changement survenu dans l'état du résident n° 2 parce qu'ils présumaient que l'évaluation du matin était suffisante.

Le titulaire de permis n'a pas contrôlé l'état du résident conformément aux exigences du foyer concernant l'évaluation neurologique et n'a pas informé le médecin de l'augmentation de taille de l'hématome et de la contusion ni du changement de l'état général du résident n° 2.

Le préjudice et le risque de préjudice aux résidents découlant du non-respect observé étaient de haute gravité. La chute du résident n° 2 a entraîné un préjudice réel et un décès ultérieur. La portée du préjudice et du risque de préjudice découlant du non-respect observé est isolée. Le foyer compte un ou plusieurs non-respects au cours des trois dernières années. [alinéa 6 (10) b)] (126)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 22 août 2013**

N° de l'ordre : 002

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

**Aux termes de :**

la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, 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 doit :

1. veiller à ce que le résident n° 1 soit installé dans un endroit du foyer où ses allées et venues peuvent être surveillées à tout moment;
2. identifier les résidents vulnérables potentiels risquant de subir de mauvais traitements de la part du résident n° 1 et effectuer une analyse des risques afin de prendre des mesures pour protéger ces résidents à tout moment;
3. élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour gérer les comportements sexuels inappropriés du résident n° 1;
4. créer et mettre en œuvre un système efficace de communication de ces stratégies à tous les membres du personnel fournissant des soins directs, veiller à ce que le personnel comprenne le raisonnement sous-tendant l'utilisation de ces stratégies et offrir à l'ensemble du personnel infirmier une formation sur la gestion des comportements sexuels inappropriés;
5. passer en revue et modifier le programme de soins du résident n° 1 de façon à offrir au personnel et à d'autres personnes une orientation claire sur la gestion des comportements sexuels inappropriés, par exemple offrir un hébergement privé, installer une alarme conformément à la recommandation faite par le psychogériatre;
6. conformément aux exigences législatives, signaler l'incident et informer le corps de police concerné et le mandataire spécial lorsqu'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel se produit;
7. veiller à ce que les incidents de mauvais traitements allégués, soupçonnés ou observés fassent l'objet d'une enquête approfondie et à ce que les mesures adéquates soient prises à la suite de chaque incident de mauvais traitement de ce type.

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis a omis de se conformer à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19, dans la mesure où il n'a pas protégé les résidents contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part du résident n° 1 pendant la période de 2011 à 2013. Aux termes de l'alinéa 2 (1) b) du Règl. de l'Ont. 79/10, « 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 dossier de santé du résident n° 1 a fait l'objet d'un examen visant la période de 2010 à 2013. Quatre incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel ont été documentés dans les notes d'évolution et plusieurs comportements sexuels inappropriés potentiels ont été documentés durant cette période.

Le résident n° 1 a été admis au foyer plusieurs années auparavant. Le résident n° 1 se déplace en fauteuil roulant sur de longues distances et utilise un ambulateur dans la chambre pour les transferts du lit au fauteuil et pour aller aux toilettes.

À quatre reprises, entre 2011 et 2013, le résident n° 1 a affiché des comportements sexuels qui sont documentés ainsi dans les notes d'évolution :

1. Il est indiqué dans les notes d'évolution d'un jour de mai 2011 que le résident n° 3 a dit à l'IA n° 103 que le résident n° 1 lui avait fait subir un mauvais traitement ce matin-là. L'incident a été signalé à l'équipe de direction le même jour. La personne qui était alors directeur des soins a documenté dans les notes d'évolution de ce même jour que l'administrateur et elle-même avaient rencontré le résident n° 1 et lui avaient demandé de se tenir à distance de son colocataire et expliqué que si l'incident se reproduisait, ils seraient obligés d'en informer la famille, le ministère et la police.

L'infirmière autorisée n° 106 a documenté dans les notes d'évolution, deux jours après l'incident, qu'à son retour de vacances elle a commencé à contrôler les allées et venues du résident n° 1 toutes les 15 minutes et avisé l'infirmière en psychogériatrie du comportement du résident n° 1. Le résident n° 1 a été vu par le médecin-psychogériatre, qui a recommandé de rappeler au résident n° 1 de rester de son côté de la chambre et recommandé de modifier la dose de médicament, ce qui a été fait.

Le 18 juillet 2013, lorsqu'interrogé par l'inspecteur n° 126 au sujet de l'incident susmentionné, l'IA n° 103 a affirmé se rappeler clairement cet incident. Le résident n° 1 et le résident n° 3 partageaient une chambre à ce moment-là. Au début du quart de travail, un médicament antidouleur a été administré au résident n° 3. Plus tard dans la matinée, l'IA n° 103 a entendu le résident n° 3 crier et est entré dans la chambre. Le résident n° 3 lui a dit avoir reçu un mauvais traitement du résident n° 1. Le résident n° 3 était très bouleversé. Après cet incident, l'IA n° 103 a dit avoir mis le mandataire spécial du résident n° 3 au courant de la situation.

Selon la vérification de cet incident dans le SIC, l'incident n'a pas été signalé au directeur.

2. Il est indiqué par l'IA n° 111, dans les notes d'évolution d'un jour d'avril 2013, que le résident n° 1 a été vu avec les mains sur les parties génitales du résident n° 6.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé l'employé n° 113 au sujet de l'incident susmentionné dont il/elle a été témoin. L'employé n° 113 a indiqué qu'il/elle était en train de remplir la documentation de la « feuille de contrôle toutes les 15 minutes » pour le résident n° 1 quand il/elle a entendu le murmure du résident n° 1. Au même moment, l'employé n° 113 s'est rendu compte que ce murmure venait de la chambre du résident n° 6. Le PSSP n° 113 a vu le résident n° 1 se trouvant sous la couverture en train de toucher les parties génitales du résident n° 6. Il/elle a indiqué que lorsqu'il/elle a immédiatement dit au résident n° 1 d'arrêter et de retourner dans sa chambre, l'infirmière autorisée n° 111 est venue dans la chambre faire une évaluation.

Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont dit savoir que le résident n° 6 avait fait l'objet d'un diagnostic de démence et serait incapable de consentir à des attouchements sexuels.

Cet incident s'est produit un jour d'avril 2013 et a été signalé au directeur au moyen du Système de rapport d'incidents graves deux jours plus tard. Dans les notes d'évolution, il est documenté que l'employé n° 111 a informé le procureur du résident n° 6 et la police. Le résident n° 1 a reçu la visite de deux policiers ce jour-là et a été prié de ne pas s'approcher du résident n° 6.

Le résident n° 1 a été vu par le médecin-psychogériatre à la suite de cet incident et on a recommandé au foyer de songer à réinstaller le résident n° 1 plus près du poste de soins infirmiers et d'envisager d'obtenir une alarme qui pourrait être activée par le mouvement. Il a été suggéré d'augmenter la dose de médicament et le foyer a suivi cette recommandation.

3. Il est indiqué dans les notes d'évolution d'un jour de juin 2013 que le résident n° 1 a été observé ce soir-là en train de caresser le résident n° 7 et que le résident n° 1 a fait cela alors qu'il était nu.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé l'IA n° 116 par téléphone au sujet de l'incident susmentionné. L'IA n° 116 a dit avoir vu le résident n° 1 toucher le résident n° 7 quand il/elle faisait sa tournée. Il/elle a vu le résident n° 7 assis dans le fauteuil roulant et le résident n° 1 debout à ses côtés avec l'ambulateur devant. Le résident n° 7 était vêtu et le résident n° 1 portait un T-shirt mais était nu à partir de la taille. Le résident n° 1 touchait le résident n° 7 dans la région de la poitrine sous sa chemise. Quand le résident n° 1 a vu l'employé n° 116, il/elle est retourné rapidement vers son lit avec l'ambulateur et s'est couvert.

Le personnel a décrit le résident n° 7 comme étant physiquement agressif parfois. Plusieurs membres du personnel infirmier autorisé ont affirmé qu'ils ne pensaient pas le résident n° 7 capable de donner un consentement éclairé à des attouchements sexuels.

Cet incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur. La police et le directeur en ont été informés environ 10 jours plus tard.

4. Il est noté dans les notes d'évolution du quart de soir d'un jour de juin 2013 que le résident n° 1 est sorti du lit pour se rendre aux côtés de son colocataire (le résident n° 7) et qu'il l'a touché.

Le 24 juillet 2013, l'inspecteur n° 126 a interrogé le PSSP n° 118 à propos de l'incident de ce jour de juin 2013.

L'employé n° 118 a indiqué que, vers 21 h, il/elle a observé le résident n° 1 à côté du lit du résident n° 7. L'employé a demandé au résident n° 1 ce qu'il/elle faisait là et le résident n° 1 a répondu qu'il/elle voulait avoir des rapports sexuels avec le résident n° 7. L'employé n° 118 a demandé au résident n° 1 de retourner au lit.

Le résident n° 7 a été vu par l'employé n° 118 en train de se reposer tranquillement au lit, abrité par une couverture. Le résident n° 1 était vêtu d'un short et ne portait pas de T-shirt. L'employé n° 118 a indiqué qu'il/elle n'avait pas vu d'attouchements inappropriés à ce moment-là, seulement le résident n° 1 qui faisait des remarques d'ordre sexuel. L'IAA n° 114 et le PSSP n° 118 ont parlé avec le résident n° 1 et lui ont dit qu'il/elle n'avait pas le droit de toucher le résident n° 7. Aucun autre incident n'a été observé ou signalé et le résident n° 1 est resté au lit.

Cet incident n'a pas été signalé au directeur ni entré dans le Système de rapport d'incidents graves. Un rapport interne d'incident grave a été rempli le même jour par l'employé n° 114. Le procureur du résident n° 7 et la police n'ont pas été informés de cet incident immédiatement, mais seulement le lendemain.

Outre les incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel cités précédemment, le résident n° 1 a été vu à plusieurs reprises afficher, entre 2011 et 2013, des comportements inappropriés qui auraient pu mener à des mauvais traitements d'ordre sexuel potentiels.

Le titulaire de permis n'a pas protégé les résidents n°s 3, 6 et 7 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel du résident n° 1.

Le titulaire de permis n'a pas déployé les interventions nécessaires pour protéger les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement tous les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements d'ordre sexuel, contrairement aux exigences législatives. [par. 19 (1)]

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 août 2013**



## Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

### 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 :

- les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- 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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M4V 2Y2

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 greffier  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M4V 2Y2  
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](http://www.hsarb.on.ca).

<b>Date de délivrance :</b>	<b>2 août 2013</b>
<b>Signature de l'inspecteur :</b>	Original signé par
<b>Nom de l'inspecteur :</b>	LINDA HARKINS
<b>Bureau régional de services :</b>	Ottawa