



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

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

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

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

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

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b> 30 septembre 2016	<b>Numéro d'inspection</b> 2016_284545_0018	<b>N° de registre</b> 019308-15	<b>Type d'inspection</b> Suivi
<b>Titulaire de permis</b> SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> RÉSIDENCE SAINT-LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA ON K1C 2Z6			
<b>Nom de l'inspectrice</b> ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un suivi.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : du 28 au 30 juin, et du 4 au 8 juillet 2016.

Dans le cadre de cette inspection de suivi (n° de registre 019308-15) découlant d'un incident critique (n° de registre O-001613-15) relatif à l'obligation de protéger, quatre incidents critiques concernant des cas allégués de mauvais traitement par une personne résidente à l'égard d'une personne résidente, et un cas d'administration de traitement ou de soins de façon inappropriée ont également fait l'objet d'une inspection, à savoir :

- n° de registre 01-8237-16 concernant l'administration de soins ou de traitement de façon inappropriée;
- n° de registre 024933-15 concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique;
- n° de registres 012389-16 et 016860-16 concernant des cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice, responsable clinique, responsable de l'enseignement, superviseur des services de l'environnement, infirmières autorisées (IA), évaluateur du RAI, infirmières auxiliaires autorisées (IAA), préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), fournisseur de soins d'un organisme extérieur et responsable de la compagnie AlternaCare, une aide-ménagère, une aide diététiste, personnel de la planification des ressources, une préposée d'unité, un préposé aux comptes en fiducie, des personnes résidentes et des membres de familles.

De plus, l'inspectrice a également fait une visite des unités de soins, a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements « Abuse, Residents, Policy Number : CLIN CARE 32 LTC » (mauvais traitements, personnes résidentes, numéro de politique : CLIN CARE 32 LTC, révisée en décembre 2015), les routines et les horaires de travail du personnel; elle a observé les chambres des personnes résidentes, observé les salles communes des personnes résidentes, y compris les salles à manger, a examiné les documents de formation du foyer en matière de mauvais traitements, y compris la participation à la formation, et elle a observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, y compris les interactions entre les personnes résidentes et le personnel.

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

Hospitalisation et changements de l'état de santé

Administration de médicaments

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

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

6 AE  
0 PRV  
1 OC  
1 RD  
0 OTA

**NON-RESPECT DES EXIGENCES****Définitions**

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

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

---

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 19 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8 Obligation de protéger**

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

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

**Faits saillants :**

Le 27 juin 2015, un ordre de non-conformité a été émis en application du paragraphe 19 (1) pour veiller à assurer la protection des personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et pour veiller à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de la part du titulaire de permis ou de son personnel en rédigeant, soumettant et mettant en œuvre un plan comportant les exigences mentionnées ci-dessous (A à F) :

- A) Des mesures spécifiques seront prises par le titulaire de permis pour veiller à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur et fasse immédiatement l'objet d'une enquête.
- B) Des révisions à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes doivent inclure les obligations de faire rapport figurant dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

- C) Un recyclage de tous les membres du personnel concernant leurs obligations dans le cadre de la version révisée de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, en accordant une attention particulière à l'exigence voulant que chaque personne fasse immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer. Ce recyclage doit faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprend ses obligations.
- D) Un recyclage annuel comme l'exige la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
- E) L'élaboration d'un processus de supervision pour veiller à ce que la formation du personnel soit effectuée conformément aux exigences, et que le personnel fasse rapport de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente tel que requis.
- F) Le plan doit définir l'échéancier pour accomplir les tâches et indiquer qui sera responsable de leur exécution.

La date de conformité pour l'ordre de conformité du 27 juin 2015 était le 2 novembre 2015. Le foyer avait demandé une prolongation le 14 octobre 2015, et elle avait été accordée jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2015.

À son arrivée au foyer le 28 juin 2016, l'inspectrice n° 545 a demandé à examiner les documents prouvant l'exécution du plan du foyer qui avait été soumis au directeur le 23 juillet 2015.

Le 4 juillet 2016, l'inspectrice a conclu, en se fondant sur les renseignements recueillis en juillet 2016, que l'on n'avait pas satisfait aux exigences A, C et E comme le prévoyait le plan :

#### EXIGENCE A

« Des mesures spécifiques seront prises par le titulaire de permis pour veiller à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur et fasse immédiatement l'objet d'une enquête. »

À une date spécifiée de juin 2016 le foyer a soumis un rapport d'incident critique indiquant que l'on avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033 en train d'essayer de tirer ses couvertures tout en lui serrant le cou, ou d'essayer de monter dans le lit avec la personne résidente qui a exprimé sa peur. On avait augmenté la supervision individuelle deux jours avant cet incident afin d'inclure le poste de nuit pour veiller à la sécurité des autres personnes résidentes, car la personne résidente n° 031 était sujette à l'errance la nuit. Le membre du personnel affecté à la supervision individuelle avait quitté son poste pour répondre à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et n'avait donc pas fourni de supervision individuelle à la personne résidente n° 031.

Lors d'une entrevue, la personne résidente n° 033 a indiqué à l'inspectrice qu'elle se souvenait très bien de l'incident qui avait eu lieu à une date spécifiée de juin 2016, et qu'elle avait craint que la personne résidente n° 031 ne l'étranglât avec ses grosses mains. La personne résidente a indiqué qu'elle s'était réveillée vers une heure du matin quand quelqu'un tirait sur ses couvertures, les mains de la personne se trouvaient près de son cou et la personne résidente n° 033 avait fait tous les efforts possibles pour retenir les couvertures. Elle a indiqué qu'elle avait eu peur, qu'elle tremblait et criait, et c'est alors qu'un membre du personnel était entré, avait appelé la personne résidente par son nom et

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

l'avait fait sortir de la chambre en lui disant qu'elle ne devrait pas être dans la chambre d'une autre personne résidente. La personne résidente n° 033 a indiqué qu'elle pensait que la personne résidente voulait monter dans le lit avec elle. La personne résidente n° 033 a indiqué de plus que le matin elle avait immédiatement téléphoné à un membre de sa famille pour signaler l'incident, elle a ajouté qu'elle ne savait pas si le personnel avait déjà appelé le membre de sa famille, mais qu'elle voulait s'assurer que la personne était au courant de l'incident qui l'avait terrifiée. La personne résidente n° 033 a indiqué qu'elle ne se sentait pas en sécurité, qu'elle était en possession de toutes ses capacités cognitives, et qu'elle avait peur des personnes qui déambulaient dans sa chambre, comme la personne résidente n° 031.

La PSSP n° 209 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle avait été chargée d'assurer la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que vers une heure du matin, elle avait répondu à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et qu'elle avait laissé la personne résidente n° 031 seule dans sa chambre en pensant qu'elle était endormie. À son retour après s'être occupée d'une autre personne résidente, la PSSP n° 209 a indiqué qu'elle avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033, proche de la tête de celle-ci. La PSSP n° 209 a de plus indiqué que la personne résidente n° 033 était effrayée, sautait et hurlait. La PSSP a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait ramené la personne résidente n° 031 dans sa chambre, et qu'elle n'avait pas fait rapport de l'incident au personnel infirmier autorisé, elle a ajouté qu'elle avait fait rapport plus tard au PSSP n° 214 qui fait partie du personnel régulier, et que c'est alors qu'il lui avait dit qu'il était au courant de l'incident, car la personne résidente n° 033 le lui avait dit quand il lui avait prodigué les soins du matin. La PSSP n° 209 a indiqué qu'elle ne se souvenait pas quand elle avait eu pour la dernière fois une formation sur la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

L'IA n° 215 a indiqué qu'elle était responsable de l'unité à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que la PSSP n° 209 avait été chargée d'assurer la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 pour l'empêcher de déambuler dans les chambres des personnes résidentes, conformément à son programme de soins et pour la sécurité des personnes résidentes de l'unité en raison de ses antécédents en matière de comportement sexuel. L'IA n° 215 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'à une heure spécifiée d'une date spécifiée de juin 2016, c'était le PSSP n° 214 qui l'avait informée que la PSSP n° 209 avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033, et que cette dernière était très bouleversée. L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas immédiatement enquêté sur l'incident, que ce soit en parlant à la PSSP n° 209 ou en évaluant l'état de santé de la personne résidente n° 033, L'IA a ajouté qu'elle avait fait une vérification quatre heures plus tard, qu'elle avait trouvé la personne résidente n° 033 endormie, et qu'elle était partie. L'IA a indiqué qu'à part mentionner une note dans le dossier de la personne résidente n° 031 pour indiquer que cette personne avait déambulé dans la chambre d'une autre personne résidente, elle n'avait pas enquêté immédiatement sur l'incident que lui avait signalé le PSSP n° 214. Selon une note d'évolution datée d'une date spécifiée de juin 2016, après avoir reçu un appel téléphonique d'un membre de la famille de la personne résidente n° 033 qui craignait pour la sécurité de la personne résidente, l'administratrice avait effectué une enquête, contacté la police et signalé l'incident au directeur en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. (N° de registre 018237-160)

## EXIGENCE C

« Un recyclage de tous les membres du personnel concernant leurs obligations dans le cadre de la version révisée de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, en accordant une attention particulière à l'exigence voulant que chaque personne fasse immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer. Ce recyclage doit faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprend ses obligations. »

L'administratrice a fourni à l'inspectrice n° 545 la version actuelle de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, qui est intitulée « Abuse, Residents, Policy Number : CLIN CARE 32 LTC » (mauvais traitements, personnes résidentes, numéro de politique : CLIN CARE 32 LTC) révisée en décembre 2015. La version révisée de la politique comportait l'exigence pour chaque personne de faire immédiatement rapport, au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer, de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente. L'administratrice a indiqué que la politique avait été révisée en septembre 2015, puis envoyée au service de traduction du foyer, et finalisée en décembre 2015.

La responsable de l'enseignement et l'administratrice ont fourni à l'inspectrice les rapports des présences pour deux séances d'enseignement distinctes concernant les mauvais traitements qui, elles ont indiqué, étaient fondées sur la version révisée de la politique :

- 1) Une formation éclair sur les mauvais traitements a eu lieu entre les 19 et 23 octobre 2015. Au cours de cette formation, l'équipe de direction a visité différentes unités lors de postes de travail différents, et a passé en revue avec le personnel dix questions portant sur les mauvais traitements. Selon le rapport des présences, environ 57 % de la totalité du personnel n'avait pas reçu cette formation.
- 2) La responsable de l'enseignement a offert des séances de formation individuelle en cours d'emploi sur la prévention des mauvais traitements au personnel infirmier autorisé et au personnel-cadre et de supervision entre le 21 octobre et le 2 novembre 2015. D'après les feuilles de présence, environ 30 % du personnel infirmier autorisé et 67 % du personnel-cadre et de supervision n'avaient pas reçu cette formation.

Il convenait de remarquer que l'on avait affecté à la personne résidente n° 031 une personne d'un organisme extérieur (AlternaCare) pour assurer sa supervision individuelle. À compter du 16 avril 2016 et jusqu'à la présente date, l'organisme a changé l'affectation de gardes par des préposés aux soins personnels. La personne responsable de l'organisme extérieur et la responsable de l'enseignement ont toutes deux indiqué que l'on n'avait donné de la formation sur les mauvais traitements à aucun des membres du personnel d'AlternaCare (16 nouveaux membres du personnel depuis le 16 avril 2016) que l'on avait affectés à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031.

L'administratrice a été incapable de trouver un document pour prouver que ce recyclage avait fait l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprenait ses obligations de faire immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente.

## EXIGENCE E

« L'élaboration d'un processus de supervision pour veiller à ce que la formation du personnel soit effectuée conformément aux exigences, et que le personnel fasse rapport de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente tel que requis. »

L'administratrice a indiqué que le foyer n'avait pas encore mis en œuvre un processus de supervision pour veiller à ce que le recyclage du personnel soit effectué conformément aux exigences. Elle a de plus indiqué que la formation annuelle en matière de mauvais traitements, qui était prévue pour juin 2016 selon le plan du foyer, a été reportée à l'automne 2016, et qu'une formation individuelle remplacera la formation en ligne habituelle.

En outre, il y a eu de nouveaux incidents de mauvais traitements documentés concernant la personne résidente n° 031.

En effectuant un suivi lors de cette inspection, l'inspectrice n° 545 a effectué trois inspections d'incidents critiques concernant des cas allégués de mauvais traitements d'ordre sexuel impliquant la personne résidente n° 031 :

- N° de registre 012389-16 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente n° 034 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de 2016.
- N° de registre 016860-16 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente n° 032 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016.
- N° de registre 018237-16 concernant l'administration de soins ou de traitement inappropriés de la personne résidente n° 033 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016.

Il convient de remarquer que la personne résidente n° 031 était désignée sous le nom de personne résidente n° 002 dans l'ordre de conformité émis le 27 juillet 2015 (n° de registre 2015\_289550\_0003).

L'alinéa 2 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 définit le mauvais traitement d'ordre sexuel comme soit des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle non consensuels ou une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel. (« sexual abuse »)

La personne résidente n° 031 a été admise au foyer à une date spécifiée de novembre 2014 avec des antécédents connus de comportement sexuel envers des personnes résidentes. On avait diagnostiqué qu'elle avait une démence spécifiée, et on lui administrait des neuroleptiques et des antidépresseurs pour gérer ses comportements.

Le calendrier de supervision individuelle a été examiné par l'inspectrice pour une période de trois mois en 2016; il indiquait que l'on avait affecté un membre du personnel pour fournir une supervision individuelle à la personne résidente n° 031 comme suit :

- postes de jour et du soir à partir d'une date spécifiée d'avril jusqu'à une date spécifiée de mai;
- poste de jour seulement pendant deux jours en mai;
- une partie du poste du soir à une date spécifique de juin;
- poste de jour pendant dix jours en juin;
- postes de jour, du soir et de nuit pendant dix-sept jours en juin.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Le personnel de l'organisme a été affecté pour fournir une supervision individuelle le jour et le soir pendant les fins de semaine, et ensuite pendant les postes de jour, du soir et de nuit sept jours par semaine à compter d'une date spécifiée de juin 2016.

Dans un cartable gris qui se trouvait dans la salle des rapports, on a trouvé deux jeux de directives écrites; un pour le personnel infirmier autorisé, et un pour les préposés aux services de soutien à la personne. Tous deux étaient datés d'une date spécifiée de décembre 2015 et, selon l'administratrice, il s'agissait des directives les plus récentes (elles étaient intitulées : changements importants concernant les directives pour la personne résidente n° 031); les directives indiquaient au personnel la façon de gérer les comportements de la personne résidente n° 031. Les directives écrites en vigueur fournissaient diverses instructions, et notamment :

Pour le personnel infirmier autorisé :

- Continuez la supervision individuelle 24 heures sur 24 pour assurer la sécurité de nos personnes résidentes, par moments, le service sera fourni par AlternaCare (organisme extérieur), il convient de remarquer que ces personnes sont considérées comme des gardes et ne prodiguent pas de soins à la personne résidente.
- Le personnel chargé de la supervision individuelle doit exercer une étroite surveillance.
- Le personnel chargé de la supervision individuelle peut aider à faire d'autres tâches dans l'unité quand la personne résidente n° 031 est dans sa chambre; activer l'alarme; il convient de remarquer que l'alarme ne fonctionne pas tout le temps.
- Demandez aux membres du personnel de lire ces directives et d'apposer leur signature.

Pour les préposés aux services de soutien à la personne :

- Parlez au personnel infirmier autorisé pour comprendre le motif de la supervision individuelle et pour savoir à quels types de comportements il faut faire attention.
- Lisez, signez et datez ces directives pour indiquer que vous les avez lues.
- Vous devez surveiller la personne résidente n° 031 de TRÈS près, en particulier quand elle se trouve à proximité d'un groupe spécifié de personnes résidentes.
- Vous pouvez aider à faire d'autres tâches dans l'unité quand la personne résidente n° 031 est dans sa chambre; activez l'alarme; il convient de remarquer que l'alarme ne fonctionne pas tout le temps.
- Pendant votre pause, avisez vos collègues pour qu'ils ou elles assurent la supervision.
- Aidez à faire manger les autres personnes résidentes dans la salle à manger entre 17 h et 17 h 30, puis allez dîner.
- Avisez immédiatement le personnel infirmier autorisé si vous observez des indices de comportement.
- Faites un rapport verbal au personnel infirmier autorisé et au membre des services de soutien à la personne qui vous remplacera pour effectuer la supervision individuelle à la fin de votre poste de travail.

Les feuillets à signer pour les directives susmentionnées ont été examinés, et l'on n'a trouvé aucune signature après une date spécifiée de février 2016.

Le 29 juin 2016, l'inspectrice a observé la personne résidente n° 031 qui mangeait son déjeuner toute seule dans la salle à manger en présence d'un membre du personnel du fournisseur extérieur affecté à la supervision individuelle (AlternaCare), et puis qui se dirigeait vers la salle de bains de sa chambre. Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 031 indiquait qu'elle faisait l'objet d'une supervision individuelle pendant la journée et la soirée. Il convient de remarquer que la personne résidente faisait l'objet d'une supervision individuelle le jour, le soir et la nuit depuis une date spécifiée de juin 2016.

Le 29 juin 2016 à 14 h 32, l'inspectrice n° 545 a remarqué la présence d'un petit dispositif à pile (téléavertisseur sans fil Posey) installé sur le cadre extérieur de la porte de la chambre de la personne résidente n° 031, face au corridor. Le dispositif n'était pas activé, et n'avait pas de voyants allumés. Le superviseur des services de l'environnement n° 224 a indiqué qu'il ne savait pas qui avait installé le dispositif. Il a par la suite remis à l'inspectrice une facture de la compagnie Posey pour une alarme infrarouge sans fil achetée à une date spécifiée de mars 2015 afin de détecter les allées et venues de la personne résidente n° 031.

Lors d'une discussion avec les PSSP d'AlternaCare n° 204, 205, 229, 231 et 232, quatre des cinq membres du personnel de cet organisme ignoraient que la personne résidente n° 031 nécessitait une supervision individuelle en raison d'un comportement sexuel inadéquat envers les personnes résidentes. Toutes les cinq ont indiqué qu'elles n'avaient pas accès au programme de soins de la personne résidente, qu'elles n'étaient pas au courant de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, et qu'on ne leur avait pas donné de formation. La responsable d'AlternaCare a indiqué qu'elle croyait que la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 visait à protéger les autres personnes résidentes du comportement agressif de la personne résidente.

Le titulaire de permis a soumis, en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, trois rapports d'incident critique concernant des mauvais traitements impliquant la personne résidente n° 031.

#### INCIDENT N° 1 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 et 034

À une date spécifiée d'avril 2016 : un rapport d'incident critique a été soumis et indiquait que l'aide-ménagère n° 206 avait observé la personne résidente n° 031 dans la salle à manger à une heure spécifique qui faisait des attouchements sexuels inappropriés à la personne résidente n° 034. Le membre du personnel affecté à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 prodiguait des soins à d'autres personnes résidentes au moment de l'incident.

La PSSP n° 228 a indiqué qu'on l'avait affectée à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifique d'avril 2016, elle a ajouté que sa principale responsabilité consistait à surveiller la personne résidente n° 031 pour l'empêcher de faire des attouchements inappropriés à des personnes résidentes. Elle a de plus indiqué qu'après avoir amené la personne résidente n° 031 à la salle à manger pour le déjeuner, elle avait quitté la salle à manger afin de lever d'autres personnes résidentes pour le déjeuner. Elle a indiqué qu'elle ne surveillait pas la personne résidente quand celle-ci s'était levée de la table de salle à manger et s'était approchée de la personne résidente n° 034 qui se trouvait à une table voisine, et avait fait des attouchements

**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***

inappropriés. La signature de la PSSP n° 228 ne figurait pas sur la fiche du programme de soins écrit pour indiquer qu'elle avait lu et compris ses responsabilités, conformément aux directives de l'administratrice.

(N° de registre 012389-16)

**INCIDENT N° 2 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 ET 032**

À une date spécifiée de juin 2016 un rapport d'incident critique a été soumis indiquant que l'on avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 032 au pied du lit à une heure spécifiée, alors que la personne résidente était couchée et ne portait aucun vêtement à l'exception d'un slip d'incontinence. Dans une note d'évolution datée d'une date spécifiée de mai 2016, l'administratrice indiquait que l'on avait cessé la supervision individuelle à cause de l'état de santé de la personne résidente. Il convient de remarquer qu'il n'y avait pas de description pour expliquer quel était l'état de santé de la personne résidente. L'administratrice indiquait qu'elle fondait sa décision sur l'évaluation du RAI-MDS qui avait été effectuée 18 jours avant l'incident de mai 2016, et qui indiquait que la personne résidente nécessitait des transferts à l'aide de deux personnes à son retour de l'hôpital. L'administratrice ajoutait qu'elle désirait être responsable sur le plan financier des montants du Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux. L'IA n° 202 a indiqué qu'elle avait été surprise quand on l'avait informée, à son arrivée dans l'unité pour assurer le poste du soir, que l'on avait cessé la supervision individuelle la veille, car elle craignait que les comportements sexuels inappropriés de la personne résidente n° 031 envers les personnes résidentes vulnérables se reproduisent. L'IA n° 202 a de plus indiqué qu'un membre du personnel avait amené la personne résidente n° 031 dans la salle à manger pour le dîner, et était ensuite parti pour aller chercher d'autres personnes résidentes; à son retour, la personne résidente était partie. L'IA a indiqué que l'on avait immédiatement entrepris une recherche et, juste au moment où on allait mettre en vigueur le code jaune pour personne résidente portée disparue, on avait trouvé la personne résidente debout sans aides à la mobilité, dans la chambre de la personne résidente n° 032, à côté du lit. L'IA a indiqué que la personne résidente n° 032 avait été incapable de dire si des mauvais traitements d'ordre sexuel avaient eu lieu, en raison de son déficit cognitif. Il convient de remarquer que le programme de soins n'indiquait pas le degré de mobilité de la personne résidente ni l'arrêt de la supervision individuelle qui avait eu lieu le jour de l'incident.

(N° de registre 016860-16)

**INCIDENT N° 3 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 ET 033**

À une date spécifiée de juin 2016 un rapport d'incident critique a été soumis comme nous l'avons précédemment mentionné à la rubrique (A), la PSSP n° 209 a indiqué qu'on l'avait affectée à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que, vers une heure du matin, elle avait répondu à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et qu'elle avait laissé la personne résidente seule dans sa chambre en pensant qu'elle était endormie. La PSSP a indiqué que, quand elle était retournée dans la chambre de la personne résidente, elle avait remarqué que cette dernière entrait dans la chambre de la personne résidente n° 033. La PSSP a indiqué que le personnel infirmier autorisé lui avait dit, lors des postes de travail précédents, de fournir de l'aide à un autre membre du personnel quand la personne résidente n° 031 était dans sa chambre et dormait, et que la PSSP pensait qu'elle devait offrir de l'aide dans l'unité. (N° de registre 018237-16)

L'IAA n° 213 a indiqué à l'inspectrice qu'elle savait que l'on effectuait une supervision individuelle pour la personne résidente n° 031 pendant la totalité des trois postes de travail pour la sécurité des personnes résidentes de l'unité en raison de comportements sexuels inappropriés. Elle a indiqué qu'il incombait aux gardes embauchées par l'organisme extérieur de fournir une supervision individuelle et de surveiller la personne résidente, par exemple, pour l'amener faire des activités. Elle a indiqué que tous les soins devraient être prodigués par le personnel du foyer; elle a ajouté qu'elle ne savait pas que le personnel de l'organisme fournissait des soins directs à la personne résidente.

En outre, en se fondant sur les renseignements susmentionnés, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à trois autres articles de la loi qui ont un lien direct avec cet ordre de conformité, à savoir :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 6 (1)c) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* :  
Selon lequel 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 des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. (Se reporter à l'AE n° 002)
2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 20 (2)h) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* :  
Selon lequel au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements, tels que :
  - l'article 2 du Règl. de l'Ont. 79/10 selon lequel le « mauvais traitement d'ordre verbal » est clairement défini;
  - l'alinéa 97 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10 selon lequel 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 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° 003)
3. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 97 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10 :  
Selon lequel 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 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° 004)

La portée et la gravité de la preuve à l'appui de cet ordre de conformité, ainsi que les antécédents de conformité concernant les problèmes de conformité identifiés ont fait l'objet d'un examen. La non-conformité continuelle à cet ordre de conformité constitue un danger pour la sécurité des personnes résidentes qui vivent dans le foyer, en particulier en raison du fait que trois des incidents mentionnés dans le présent rapport concernaient une personne résidente identifiée dans l'ordre de conformité signifié le 27 juin 2015.

Il convient de prendre note que cette non-conformité est transmise au directeur, aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* pour qu'il y donne suite.

**Autres mesures requises :**

***L'ordre de conformité n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter à « l'ordre ou aux ordres de l'inspectrice ».***

***RD n° 001 – La notification écrite susmentionnée est également transmise au directeur pour qu'il y donne suite.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8 Programme de soins**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- 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 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 031.

La personne résidente n° 031 a été admise au foyer à une date spécifiée de novembre 2014 avec des antécédents connus de comportement sexuel envers des personnes résidentes. On avait diagnostiqué que la personne résidente n° 031 avait une démence spécifiée et on lui administrait des neuroleptiques et des antidépresseurs pour gérer ses comportements. Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente n° 031 fourni par le foyer de soins, y compris les feuillets de directives

**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***

spécifiques datés d'une date spécifiée de décembre 2015, fournissaient des renseignements conflictuels en ordonnant au membre du personnel affecté à la supervision individuelle d'exercer une surveillance étroite de la personne résidente n° 031, mais également de fournir de l'assistance pour les autres tâches dans l'unité, et d'utiliser l'alarme en se rappelant qu'elle ne fonctionnait pas tout le temps. (Se reporter à l'AE n° 1). [Alinéa 6 (1)c]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins, comme les directives préalables, aient été fournis à la personne résidente n° 036 tel que le précise le programme.

La personne résidente n° 036 a été admise au foyer à une date spécifiée de juillet 2012 avec plusieurs états pathologiques. D'après l'évaluation effectuée à une date spécifiée de novembre 2015, la personne résidente n'avait pas de déficience cognitive, et son état de santé n'avait pas subi de changements, elle n'avait pas de maladie en phase terminale ni d'indices et de symptômes révélateurs d'un risque en forte décroissance.

L'inspectrice n° 545 a examiné le dossier médical de la personne résidente, et les documents suivants indiquaient que la personne résidente avait choisi de ne pas être réanimée :

- Le Formulaire de confirmation de l'ordonnance de ne pas réanimer du ministère de la Santé, signé à une date spécifiée de février 2015 indiquait ce qui suit : « À l'heure actuelle, le médecin estime que le patient ne bénéficiera presque certainement pas de la RCR. La RCR ne fait pas partie du plan de traitement, et le médecin a eu un entretien à ce sujet avec le patient capable ou avec son mandataire quand le patient est incapable »;
- La page principale du dossier électronique comportait ce qui suit : code de statut : « Directive préalable – ne pas tenter de RCR, un transfert à une unité de soins aigus aux fins de diagnostic ou de traitement peut être inclus si médicalement indiqué »;
- Le compte rendu de la réunion annuelle sur les soins datée d'une date spécifiée d'avril 2015 indiquait que la personne résidente y avait assisté avec le médecin et l'IA, que l'on avait discuté des directives préalables, et que la personne résidente demeurait un cas de troisième niveau – transfert à un hôpital de soins aigus sans RCR.

Dans les notes d'évolution datées d'une date spécifiée de décembre 2015, on indiquait ce qui suit :

- à un moment spécifié, la personne résidente n° 036 avait sonné, en se plaignant d'une douleur à l'estomac, en indiquant qu'elle ne se sentait pas bien et qu'elle pensait que cela était dû à un sandwich qu'elle avait mangé au dîner, elle était alerte et orientée, et ses signes vitaux étaient stables : pas de dyspnée, sa respiration et sa saturation en oxygène étaient stables. L'IAA n° 219 lui avait administré un médicament antiacide avec de l'eau chaude et avait continué sa surveillance;
- 15 minutes plus tard, la personne résidente n° 036 avait sonné de nouveau en indiquant que la douleur était toujours présente, désignant le haut de son abdomen et refusant d'aller à l'hôpital quand on le lui avait proposé. On avait observé que la personne résidente était calme, qu'elle avait accepté un narcotique pour atténuer la douleur, et qu'elle avait alors demandé une benzodiazépine spécifiée;

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*

- 15 minutes plus tard, la personne résidente est endormie et son souffle est régulier, on continue la surveillance;
- environ deux heures plus tard, la personne résidente est réveillée, se plaint de crampes d'estomac en désignant le haut de son estomac, en ajoutant que la douleur irradie dans son dos. Les signes vitaux étaient stables, la personne résidente continue de refuser d'aller à l'hôpital en déclarant qu'elle ne croit pas que ce soit son cœur.
- 40 minutes plus tard, le médecin est informé de l'état pathologique de la personne résidente, et il conseille de l'envoyer à l'hôpital. On appelle l'ambulance;
- 5 minutes plus tard, l'infirmière retourne dans la chambre et trouve la personne résidente sans signes vitaux, on la met sur le sol et on commence la RCR;
- 20 minutes plus tard, les ambulanciers arrivent et continuent la RCR avec défibrillateur, quand on remarque alors que la personne résidente était un cas de NR (ne pas réanimer) et que l'on cesse la RCR;
- 15 minutes plus tard, le médecin est avisé, et il a informé le personnel qu'il n'y avait pas besoin de communiquer avec le coroner.

Lors d'une entrevue, l'IAA n° 219 a indiqué qu'il incombait au personnel infirmier autorisé de vérifier les directives préalables de la personne résidente qui figurent dans le dossier médical avant de commencer la RCR, et que dans le cas présent elle ne l'avait fait qu'après l'arrivée des ambulanciers qui avaient pris la relève du personnel infirmier. [Par. 6 (7)]

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 20 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8  
Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

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

**Par. 20 (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :**

**a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f); 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

#### **Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au minimum la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements, conformément aux alinéas suivants de l'article 20 de la Loi :

b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;

h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements.

L'administratrice a indiqué que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements intitulée mauvais traitements, personnes résidentes, numéro de politique : CLIN CARE 32 LTC, révisée en décembre 2015, était la politique utilisée à l'heure actuelle.

Selon l'article 2 du Règl. de l'Ont. 79/10, « mauvais traitement d'ordre verbal » s'entend selon le cas :

a) de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi;

b) de toute forme de communication verbale de nature menaçante ou intimidante, de la part d'un résident, qui amène un autre résident à craindre pour sa sécurité, si le résident qui en est responsable en comprend la nature et les conséquences. (« verbal abuse »)

Il convient de remarquer que la définition de « mauvais traitement d'ordre verbal » ne figurait pas dans la politique du foyer intitulée mauvais traitements, personnes résidentes.

Selon l'alinéa 97 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10, 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 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.

Il convient de remarquer que la politique du foyer intitulée mauvais traitements, personnes résidentes, indique à l'article 5.1 « divulgation », que la responsable clinique divulgue immédiatement tout cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente, si elle n'en est pas déjà informée. Si la personne résidente est capable, et veut que l'on avise quelqu'un d'autre, la responsable clinique le fait, dès que cela est raisonnablement possible. Conformément à l'alinéa 97 (1)a) du règlement, 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 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.

L'administratrice a indiqué qu'elle n'était pas au courant que le mandataire spécial de la personne résidente ou toute autre personne que précise la personne résidente devraient être avisés, si une personne résidente était capable de prendre ses propres décisions. (Se reporter à l'AE n° 4)  
[Par. 20 (2)]

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 97 du Règl. de l'Ont. 79/10**  
**Notification : incidents**

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

- Par. 97 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :**
- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
  - b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

**Faits saillants :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente n° 036 ou toute autre personne que précise la personne résidente, soit immédiatement avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers la personne résidente 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.

À une date spécifiée de septembre 2015, le foyer a soumis un rapport d'incident critique en indiquant que la personne résidente n° 035 avait infligé des mauvais traitements d'ordre physique à la personne résidente n° 036 ce même jour. L'examen du rapport d'incident critique révélait qu'aucune personne précisée par la personne résidente n'avait été immédiatement avisée.

Dans une note d'évolution datée d'une date spécifiée de septembre 2015, on indiquait que la personne résidente n° 036 avait reçu des coups de poing d'une autre personne résidente pendant le déjeuner. La personne résidente s'était plainte d'une douleur à deux endroits spécifiés. On avait mentionné que la personne résidente n° 036 était très émotive et qu'elle n'était pas habituée à être battue. Il n'y avait pas d'information indiquant qu'une personne spécifiée par la personne résidente avait été avisée du mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente n° 036.

Un examen du dossier médical de la personne résidente révélait qu'il comportait une mention indiquant que la personne résidente avait désigné deux membres de sa famille comme personnes à contacter et à aviser.

L'IA n° 234 et l'IAA n° 235, qui étaient nommées dans le rapport d'incident critique comme ayant participé à la gestion de l'incident à une date spécifiée de septembre 2015, ont indiqué qu'il incombait au personnel autorisé de communiquer avec le mandataire spécial, toutefois aucune d'elles ne pouvait se souvenir de l'incident, et ne pouvait pas dire si un membre de la famille avait été contacté.

L'administratrice a dit qu'elle avait rencontré la personne résidente n° 036 après l'incident, et elle a indiqué que le membre de la famille de la personne résidente n'avait pas été contacté, elle a ajouté qu'elle pensait que seule la famille des personnes résidentes ayant une déficience cognitive devrait être avisée d'un mauvais traitement qui a causé une lésion physique ou de la douleur.

(N° de registre 024933-15) [Alinéa 97 (1)a]

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 107 du Règl. de l'Ont. 79/10**  
**Rapports : incidents graves**

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

**Par. 107 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :**

**2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1)**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur immédiatement, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, du décès inattendu ou soudain de la personne résidente n° 036.

La personne résidente n° 036 est décédée de façon inattendue à une date spécifiée en décembre 2015. (Se reporter à l'AE n° 2)

D'après une note d'évolution rédigée par le médecin et datée d'une date spécifiée de décembre 2015, on indiquait que la personne résidente était décédée subitement, qu'on l'avait trouvée sans pouls et sans respiration. Le certificat de décès indiquait que la cause immédiate du décès de la personne résidente n° 036 était une crise cardiaque, et que le décès avait eu lieu quelques heures après le début de la crise.

Le signalement du décès par le Service paramédic d'Ottawa indiquait que la mort de la personne résidente n° 036 était subite.

Lors d'une entrevue, l'administratrice a indiqué qu'elle avait été surprise quand on l'avait informée du décès de la personne résidente, car on ne s'y attendait pas. Elle a dit de plus que le foyer n'avait pas informé le directeur de la mort inattendue/subite de la personne résidente n° 036, comme l'exige la loi. [Alinéa 107 (1) 2]

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 114 du Règl. de l'Ont. 79/10  
Système de gestion des médicaments**

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

**Par. 114 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :**

- a) d'une part, être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).**
- b) d'autre part, être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques et protocoles écrits soient mis en œuvre conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

D'après la politique du foyer n° 19 intitulée « Safe Medication Practices » (pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments) révisée en août 2015, on indiquait ce qui suit dans les sections suivantes :

- 4.0 Administration des médicaments, article 4.7 : « La patiente ou le patient prend les médicaments en présence d'un membre d'une profession de la santé réglementée, sauf si elle ou lui sont inscrits au programme d'automédication, ou qu'il y a une ordonnance de médecin dans le dossier qui l'autorise à garder un ou des médicaments dans sa table de chevet aux fins d'auto-administration »;
- 5.0 Documentation de l'administration des médicaments, article 5.1 : « Le membre d'une profession de la santé réglementée documente, sur le dossier d'administration des médicaments (MAR) ou sur la feuille de soins, tous les médicaments qu'il ou elle a administrés immédiatement après leur administration, en documentant les effets de tous les médicaments PRN ».

Le 6 juin 2016 à 9 h 5, l'inspectrice n° 545 a observé la personne résidente n° 037 qui quittait la salle à manger avec un café et une petite boîte de céréales sèches sur le siège de sa marchette. À 9 h 8, l'inspectrice a observé la PSSP n° 220 qui montrait à l'IAA n° 203 un gobelet à médicaments rempli de pilules et un autre rempli d'un liquide jaune que l'on avait laissés sur une table de la salle à manger, alors que la personne résidente n° 038, qui avait une déficience cognitive modérée à grave était assise seule à la table et prenait son petit déjeuner. L'IAA a pris les deux gobelets de médicaments versés à l'avance, les a placés sur le chariot de médicaments et a continué la distribution des médicaments, en indiquant à l'inspectrice que les médicaments appartenaient à la personne résidente n° 037 et qu'elle les lui administrera une fois qu'elle aura terminé la distribution des médicaments.

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*

À 9 h 12, lors d'une entrevue, la personne résidente n° 037 a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'avait pas mangé de petit déjeuner ce matin et qu'elle n'avait pas faim, en ajoutant qu'elle était allée à la salle à manger pour prendre un café et une boîte de flocons de son pour plus tard. La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de médicaments ce matin, et qu'elle n'en avait pas vu sur sa table.

Lors d'un examen du dossier d'administration des médicaments de la personne résidente n° 037, on indiquait que l'IAA n° 203 avait administré neuf différents médicaments, dont un narcotique à 9 h.

L'IAA a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait laissé tous les médicaments à la personne résidente n° 037, sur la table de la salle à manger, en supposant qu'elle les prendrait avec son petit déjeuner. Elle a de plus indiqué qu'elle n'avait pas remarqué que la personne résidente prenait les médicaments.

Plus tard, lors d'une entrevue avec la responsable clinique, celle-ci a indiqué que, quand elle avait rencontré l'IAA n° 203 vers 9 h 50 le 6 juin 2016, les médicaments de la personne résidente n° 037 pour le matin, qui étaient versés à l'avance, étaient sur le chariot des médicaments, avaient été consignés comme étant administrés, et que l'IAA n° 203 prévoyait les administrer une fois qu'elle avait terminé de passer le chariot des médicaments dans l'unité. [Alinéa 114 (3)a]

**Émis le 4 octobre 2016**

**Signature de l'inspectrice**

**Original du rapport signé par l'inspectrice.**



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Long-Term Care Division  
Long-Term Care Inspections Branch  
Division des foyers de soins de longue durée  
Inspection de soins de longue durée**

**Copie destinée au public**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545)

**N° de l'inspection :** 2016\_284545\_0018

**Registre n° :** 019308-15

**Genre d'inspection :** Suivi

**Date(s) du rapport :** 30 septembre 2016

**Titulaire de permis :** SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.  
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

**Foyer de SLD :** RÉSIDENCE SAINT-LOUIS  
879, CHEMIN PARC HIAWATHA  
OTTAWA ON K1C 2Z6

**Nom de l'administratrice :** Chantale Cameron

## Order(s) of the Inspector

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

## Ordre(s) de l'inspecteur

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

---

À l'intention de SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC., vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

---

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

**Lien vers ordre existant :** 2015\_289550\_0003, OC n° 001

**Aux termes du :**

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis veille à ce que les personnes résidentes du foyer soient protégées contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit; à cet effet, le titulaire de permis doit :

1. Prendre des mesures immédiates pour protéger les personnes résidentes de la personne résidente n° 031;
2. Réviser le programme de soins de la personne résidente n° 031 pour veiller à mettre en œuvre des interventions efficaces afin de gérer les comportements réactifs de nature sexuelle;
3. Veiller à fournir, au début de chaque poste de travail, des directives claires à tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes qui ont des comportements réactifs, y compris à la personne résidente n° 031, afin de veiller à ce que les personnes résidentes qui ont des comportements réactifs fassent l'objet d'une surveillance et à ce que l'on prenne des mesures si ces comportements font courir un danger aux personnes résidentes, conformément à l'article 55 du Règl. de l'Ont. 79/10.
4. Veiller à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur, et fasse immédiatement l'objet d'une enquête, conformément aux articles 23 et 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*;
5. Réviser la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, y compris toutes les définitions de mauvais traitements, afin de tenir compte des exigences énoncées à l'article 20 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et à l'article 96 du Règl. de l'Ont. 79/10;

6. Fournir un recyclage annuel sur la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. Veiller à ce que tout le personnel, y compris le personnel-cadre et de supervision, ainsi que les gardes et les préposées et préposés aux soins personnels qui fournissent des soins aux personnes résidentes et travaillent au foyer en vertu d'un contrat ou d'une entente entre le titulaire de permis et une tierce partie, reçoivent une formation en accordant une attention particulière aux personnes qui n'ont pas reçu la formation en 2015.

**Motifs :**

Le 27 juin 2015, un ordre de non-conformité a été émis en application du paragraphe 19 (1) pour veiller à assurer la protection des personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et pour veiller à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de la part du titulaire de permis ou de son personnel en rédigeant, soumettant et mettant en œuvre un plan comportant les exigences mentionnées ci-dessous (A à F) :

- A) Des mesures spécifiques seront prises par le titulaire de permis pour veiller à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur et fasse immédiatement l'objet d'une enquête.
- B) Des révisions à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes doivent inclure les obligations de faire rapport figurant dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
- C) Un recyclage de tous les membres du personnel concernant leurs obligations dans le cadre de la version révisée de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, en accordant une attention particulière à l'exigence voulant que chaque personne fasse immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer. Ce recyclage doit faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprend ses obligations.
- D) Un recyclage annuel comme l'exige la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
- E) L'élaboration d'un processus de supervision pour veiller à ce que la formation du personnel soit effectuée conformément aux exigences, et que le personnel fasse rapport de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente tel que requis.
- F) Le plan doit définir l'échéancier pour accomplir les tâches et indiquer qui sera responsable de leur exécution.

La date de conformité pour l'ordre de conformité du 27 juin 2015 était le 2 novembre 2015. Le foyer avait demandé une prolongation le 14 octobre 2015, et elle avait été accordée jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2015.

À son arrivée au foyer le 28 juin 2016, l'inspectrice n<sup>o</sup> 545 a demandé à examiner les documents prouvant l'exécution du plan du foyer qui avait été soumis au directeur le 23 juillet 2015.

## Order(s) of the Inspector

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

## Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le 4 juillet 2016, l'inspectrice a conclu, en se fondant sur les renseignements recueillis en juillet 2016, que l'on n'avait pas satisfait aux exigences A, C et E comme le prévoyait le plan :

## EXIGENCE A

« Des mesures spécifiques seront prises par le titulaire de permis pour veiller à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur et fasse immédiatement l'objet d'une enquête. »

À une date spécifiée de juin 2016 le foyer a soumis un rapport d'incident critique indiquant que l'on avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033 en train d'essayer de tirer ses couvertures tout en lui serrant le cou, ou d'essayer de monter dans le lit avec la personne résidente qui a exprimé sa peur. On avait augmenté la supervision individuelle deux jours avant cet incident afin d'inclure le poste de nuit pour veiller à la sécurité des autres personnes résidentes, car la personne résidente n° 031 était sujette à l'errance la nuit. Le membre du personnel affecté à la supervision individuelle avait quitté son poste pour répondre à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et n'avait donc pas fourni de supervision individuelle à la personne résidente n° 031.

Lors d'une entrevue, la personne résidente n° 033 a indiqué à l'inspectrice qu'elle se souvenait très bien de l'incident qui avait eu lieu à une date spécifiée de juin 2016, et qu'elle avait craint que la personne résidente n° 031 ne l'étranglât avec ses grosses mains. La personne résidente a indiqué qu'elle s'était réveillée vers une heure du matin quand quelqu'un tirait sur ses couvertures, les mains de la personne se trouvaient près de son cou et la personne résidente n° 033 avait fait tous les efforts possibles pour retenir les couvertures. Elle a indiqué qu'elle avait eu peur, qu'elle tremblait et criait, et c'est alors qu'un membre du personnel était entré, avait appelé la personne résidente par son nom et l'avait fait sortir de la chambre en lui disant qu'elle ne devrait pas être dans la chambre d'une autre personne résidente. La personne résidente n° 033 a indiqué qu'elle pensait que la personne résidente voulait monter dans le lit avec elle. La personne résidente n° 033 a indiqué de plus que le matin elle avait immédiatement téléphoné à un membre de sa famille pour signaler l'incident, elle a ajouté qu'elle ne savait pas si le personnel avait déjà appelé le membre de sa famille, mais qu'elle voulait s'assurer que la personne était au courant de l'incident qui l'avait terrifiée. La personne résidente n° 033 a indiqué qu'elle ne se sentait pas en sécurité, qu'elle était en possession de toutes ses capacités cognitives, et qu'elle avait peur des personnes qui déambulaient dans sa chambre, comme la personne résidente n° 031.

La PSSP n° 209 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle avait été chargée d'assurer la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que vers une heure du matin, elle avait répondu à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et qu'elle avait laissé la personne résidente n° 031 seule dans sa chambre en pensant qu'elle était endormie. À son retour après s'être occupée d'une autre personne résidente, la PSSP n° 209 a indiqué qu'elle avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033, proche de la tête de celle-ci. La PSSP n° 209 a de plus indiqué que la personne résidente n° 033 était effrayée, sautait et hurlait. La PSSP a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait ramené la personne résidente n° 031 dans sa chambre, et qu'elle n'avait pas fait rapport de l'incident au personnel infirmier autorisé, elle a ajouté qu'elle avait fait rapport plus tard au PSSP n° 214 qui fait

**Order(s) of the Inspector**Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

partie du personnel régulier, et que c'est alors qu'il lui avait dit qu'il était au courant de l'incident, car la personne résidente n° 033 le lui avait dit quand il lui avait prodigué les soins du matin. La PSSP n° 209 a indiqué qu'elle ne se souvenait pas quand elle avait eu pour la dernière fois une formation sur la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

L'IA n° 215 a indiqué qu'elle était responsable de l'unité à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que la PSSP n° 209 avait été chargée d'assurer la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 pour l'empêcher de déambuler dans les chambres des personnes résidentes, conformément à son programme de soins et pour la sécurité des personnes résidentes de l'unité en raison de ses antécédents en matière de comportement sexuel. L'IA n° 215 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'à une heure spécifiée d'une date spécifiée de juin 2016, c'était le PSSP n° 214 qui l'avait informée que la PSSP n° 209 avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 033, et que cette dernière était très bouleversée. L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas immédiatement enquêté sur l'incident, que ce soit en parlant à la PSSP n° 209 ou en évaluant l'état de santé de la personne résidente n° 033, L'IA a ajouté qu'elle avait fait une vérification quatre heures plus tard, qu'elle avait trouvé la personne résidente n° 033 endormie, et qu'elle était partie. L'IA a indiqué qu'à part mentionner une note dans le dossier de la personne résidente n° 031 pour indiquer que cette personne avait déambulé dans la chambre d'une autre personne résidente, elle n'avait pas enquêté immédiatement sur l'incident que lui avait signalé le PSSP n° 214. Selon une note d'évolution datée d'une date spécifiée de juin 2016, après avoir reçu un appel téléphonique d'un membre de la famille de la personne résidente n° 033 qui craignait pour la sécurité de la personne résidente, l'administratrice avait effectué une enquête, contacté la police et signalé l'incident au directeur en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. (N° de registre 018237-160)

**EXIGENCE C**

« Un recyclage de tous les membres du personnel concernant leurs obligations dans le cadre de la version révisée de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, en accordant une attention particulière à l'exigence voulant que chaque personne fasse immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer. Ce recyclage doit faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprend ses obligations. »

L'administratrice a fourni à l'inspectrice n° 545 la version actuelle de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, qui est intitulée « Abuse, Residents, Policy Number : CLIN CARE 32 LTC » (mauvais traitements, personnes résidentes, numéro de politique : CLIN CARE 32 LTC) révisée en décembre 2015. La version révisée de la politique comportait l'exigence pour chaque personne de faire immédiatement rapport, au directeur et à la personne pertinente désignée dans le foyer, de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente. L'administratrice a indiqué que la politique avait été révisée en septembre 2015, puis envoyée au service de traduction du foyer, et finalisée en décembre 2015.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

La responsable de l'enseignement et l'administratrice ont fourni à l'inspectrice les rapports des présences pour deux séances d'enseignement distinctes concernant les mauvais traitements qui, elles ont indiqué, étaient fondées sur la version révisée de la politique :

- 1) Une formation éclair sur les mauvais traitements a eu lieu entre les 19 et 23 octobre 2015. Au cours de cette formation, l'équipe de direction a visité différentes unités lors de postes de travail différents, et a passé en revue avec le personnel dix questions portant sur les mauvais traitements. Selon le rapport des présences, environ 57 % de la totalité du personnel n'avait pas reçu cette formation.
- 2) La responsable de l'enseignement a offert des séances de formation individuelle en cours d'emploi sur la prévention des mauvais traitements au personnel infirmier autorisé et au personnel-cadre et de supervision entre le 21 octobre et le 2 novembre 2015. D'après les feuilles de présence, environ 30 % du personnel infirmier autorisé et 67 % du personnel-cadre et de supervision n'avaient pas reçu cette formation.

Il convenait de remarquer que l'on avait affecté à la personne résidente n° 031 une personne d'un organisme extérieur (AlternaCare) pour assurer sa supervision individuelle. À compter du 16 avril 2016 et jusqu'à la présente date, l'organisme a changé l'affectation de gardes par des préposés aux soins personnels. La personne responsable de l'organisme extérieur et la responsable de l'enseignement ont toutes deux indiqué que l'on n'avait donné de la formation sur les mauvais traitements à aucun des membres du personnel d'AlternaCare (16 nouveaux membres du personnel depuis le 16 avril 2016) que l'on avait affectés à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031.

L'administratrice a été incapable de trouver un document pour prouver que ce recyclage avait fait l'objet d'une évaluation pour s'assurer que le personnel comprenait ses obligations de faire immédiatement rapport de chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente.

**EXIGENCE E**

« L'élaboration d'un processus de supervision pour veiller à ce que la formation du personnel soit effectuée conformément aux exigences, et que le personnel fasse rapport de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente tel que requis. »

L'administratrice a indiqué que le foyer n'avait pas encore mis en œuvre un processus de supervision pour veiller à ce que le recyclage du personnel soit effectué conformément aux exigences. Elle a de plus indiqué que la formation annuelle en matière de mauvais traitements, qui était prévue pour juin 2016 selon le plan du foyer, a été reportée à l'automne 2016, et qu'une formation individuelle remplacera la formation en ligne habituelle.

En outre, il y a eu de nouveaux incidents de mauvais traitements documentés concernant la personne résidente n° 031.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

En effectuant un suivi lors de cette inspection, l'inspectrice n° 545 a effectué trois inspections d'incidents critiques concernant des cas allégués de mauvais traitements d'ordre sexuel impliquant la personne résidente n° 031 :

- N° de registre 012389-16 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente n° 034 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de 2016.
- N° de registre 016860-16 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente n° 032 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016.
- N° de registre 018237-16 concernant l'administration de soins ou de traitement inappropriés de la personne résidente n° 033 par la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016.

Il convient de remarquer que la personne résidente n° 031 était désignée sous le nom de personne résidente n° 002 dans l'ordre de conformité émis le 27 juillet 2015 (n° de registre 2015\_289550\_0003).

L'alinéa 2 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 définit le mauvais traitement d'ordre sexuel comme soit des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle non consensuels ou une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel. (« sexual abuse »)

La personne résidente n° 031 a été admise au foyer à une date spécifiée de novembre 2014 avec des antécédents connus de comportement sexuel envers des personnes résidentes. On avait diagnostiqué qu'elle avait une démence spécifiée, et on lui administrait des neuroleptiques et des antidépresseurs pour gérer ses comportements.

Le calendrier de supervision individuelle a été examiné par l'inspectrice pour une période de trois mois en 2016; il indiquait que l'on avait affecté un membre du personnel pour fournir une supervision individuelle à la personne résidente n° 031 comme suit :

- postes de jour et du soir à partir d'une date spécifiée d'avril jusqu'à une date spécifiée de mai;
- poste de jour seulement pendant deux jours en mai;
- une partie du poste du soir à une date spécifique de juin;
- poste de jour pendant dix jours en juin;
- postes de jour, du soir et de nuit pendant dix-sept jours en juin.

Le personnel de l'organisme a été affecté pour fournir une supervision individuelle le jour et le soir pendant les fins de semaine, et ensuite pendant les postes de jour, du soir et de nuit sept jours par semaine à compter d'une date spécifiée de juin 2016.

Dans un cartable gris qui se trouvait dans la salle des rapports, on a trouvé deux jeux de directives écrites; un pour le personnel infirmier autorisé, et un pour les préposés aux services de soutien à la personne. Tous deux étaient datés d'une date spécifiée de décembre 2015 et, selon l'administratrice, il s'agissait des directives les plus récentes (elles étaient intitulées : changements importants concernant les directives pour la personne résidente n° 031); les directives indiquaient au personnel la façon de gérer les comportements de la personne résidente n° 031. Les directives écrites en vigueur fournissaient diverses instructions, et notamment :

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

Pour le personnel infirmier autorisé :

- Continuez la supervision individuelle 24 heures sur 24 pour assurer la sécurité de nos personnes résidentes, par moments, le service sera fourni par AlternaCare (organisme extérieur), il convient de remarquer que ces personnes sont considérées comme des gardes et ne prodiguent pas de soins à la personne résidente.
- Le personnel chargé de la supervision individuelle doit exercer une étroite surveillance.
- Le personnel chargé de la supervision individuelle peut aider à faire d'autres tâches dans l'unité quand la personne résidente n° 031 est dans sa chambre; activer l'alarme; il convient de remarquer que l'alarme ne fonctionne pas tout le temps.
- Demandez aux membres du personnel de lire ces directives et d'apposer leur signature.

Pour les préposés aux services de soutien à la personne :

- Parlez au personnel infirmier autorisé pour comprendre le motif de la supervision individuelle et pour savoir à quels types de comportements il faut faire attention.
- Lisez, signez et datez ces directives pour indiquer que vous les avez lues.
- Vous devez surveiller la personne résidente n° 031 de TRÈS près, en particulier quand elle se trouve à proximité d'un groupe spécifié de personnes résidentes.
- Vous pouvez aider à faire d'autres tâches dans l'unité quand la personne résidente n° 031 est dans sa chambre; activez l'alarme; il convient de remarquer que l'alarme ne fonctionne pas tout le temps.
- Pendant votre pause, avisez vos collègues pour qu'ils ou elles assurent la supervision.
- Aidez à faire manger les autres personnes résidentes dans la salle à manger entre 17 h et 17 h 30, puis allez dîner.
- Avisez immédiatement le personnel infirmier autorisé si vous observez des indices de comportement.
- Faites un rapport verbal au personnel infirmier autorisé et au membre des services de soutien à la personne qui vous remplacera pour effectuer la supervision individuelle à la fin de votre poste de travail.

Les feuillets à signer pour les directives susmentionnées ont été examinés, et l'on n'a trouvé aucune signature après une date spécifiée de février 2016.

Le 29 juin 2016, l'inspectrice a observé la personne résidente n° 031 qui mangeait son déjeuner toute seule dans la salle à manger en présence d'un membre du personnel du fournisseur extérieur affecté à la supervision individuelle (AlternaCare), et puis qui se dirigeait vers la salle de bains de sa chambre. Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 031 indiquait qu'elle faisait l'objet d'une supervision individuelle pendant la journée et la soirée. Il convient de remarquer que la personne résidente faisait l'objet d'une supervision individuelle le jour, le soir et la nuit depuis une date spécifiée de juin 2016.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

Le 29 juin 2016 à 14 h 32, l'inspectrice n° 545 a remarqué la présence d'un petit dispositif à pile (téléavertisseur sans fil Posey) installé sur le cadre extérieur de la porte de la chambre de la personne résidente n° 031, face au corridor. Le dispositif n'était pas activé, et n'avait pas de voyants allumés. Le superviseur des services de l'environnement n° 224 a indiqué qu'il ne savait pas qui avait installé le dispositif. Il a par la suite remis à l'inspectrice une facture de la compagnie Posey pour une alarme infrarouge sans fil achetée à une date spécifiée de mars 2015 afin de détecter les allées et venues de la personne résidente n° 031.

Lors d'une discussion avec les PSSP d'AlternaCare n° 204, 205, 229, 231 et 232, quatre des cinq membres du personnel de cet organisme ignoraient que la personne résidente n° 031 nécessitait une supervision individuelle en raison d'un comportement sexuel inadéquat envers les personnes résidentes. Toutes les cinq ont indiqué qu'elles n'avaient pas accès au programme de soins de la personne résidente, qu'elles n'étaient pas au courant de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, et qu'on ne leur avait pas donné de formation. La responsable d'AlternaCare a indiqué qu'elle croyait que la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 visait à protéger les autres personnes résidentes du comportement agressif de la personne résidente.

Le titulaire de permis a soumis, en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, trois rapports d'incident critique concernant des mauvais traitements impliquant la personne résidente n° 031.

**INCIDENT N° 1 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 et 034**

À une date spécifiée d'avril 2016 : un rapport d'incident critique a été soumis et indiquait que l'aide-ménagère n° 206 avait observé la personne résidente n° 031 dans la salle à manger à une heure spécifique qui faisait des attouchements sexuels inappropriés à la personne résidente n° 034. Le membre du personnel affecté à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 prodiguait des soins à d'autres personnes résidentes au moment de l'incident.

La PSSP n° 228 a indiqué qu'on l'avait affectée à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifique d'avril 2016, elle a ajouté que sa principale responsabilité consistait à surveiller la personne résidente n° 031 pour l'empêcher de faire des attouchements inappropriés à des personnes résidentes. Elle a de plus indiqué qu'après avoir amené la personne résidente n° 031 à la salle à manger pour le déjeuner, elle avait quitté la salle à manger afin de lever d'autres personnes résidentes pour le déjeuner. Elle a indiqué qu'elle ne surveillait pas la personne résidente quand celle-ci s'était levée de la table de salle à manger et s'était approchée de la personne résidente n° 034 qui se trouvait à une table voisine, et avait fait des attouchements inappropriés. La signature de la PSSP n° 228 ne figurait pas sur la fiche du programme de soins écrit pour indiquer qu'elle avait lu et compris ses responsabilités, conformément aux directives de l'administratrice.

(N° de registre 012389-16)

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**INCIDENT N° 2 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 ET 032**

À une date spécifiée de juin 2016 un rapport d'incident critique a été soumis indiquant que l'on avait trouvé la personne résidente n° 031 dans la chambre de la personne résidente n° 032 au pied du lit à une heure spécifiée, alors que la personne résidente était couchée et ne portait aucun vêtement à l'exception d'un slip d'incontinence. Dans une note d'évolution datée d'une date spécifiée de mai 2016, l'administratrice indiquait que l'on avait cessé la supervision individuelle à cause de l'état de santé de la personne résidente. Il convient de remarquer qu'il n'y avait pas de description pour expliquer quel était l'état de santé de la personne résidente. L'administratrice indiquait qu'elle fondait sa décision sur l'évaluation du RAI-MDS qui avait été effectuée 18 jours avant l'incident de mai 2016, et qui indiquait que la personne résidente nécessitait des transferts à l'aide de deux personnes à son retour de l'hôpital. L'administratrice ajoutait qu'elle désirait être responsable sur le plan financier des montants du Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux. L'IA n° 202 a indiqué qu'elle avait été surprise quand on l'avait informée, à son arrivée dans l'unité pour assurer le poste du soir, que l'on avait cessé la supervision individuelle la veille, car elle craignait que les comportements sexuels inappropriés de la personne résidente n° 031 envers les personnes résidentes vulnérables se reproduisent. L'IA n° 202 a de plus indiqué qu'un membre du personnel avait amené la personne résidente n° 031 dans la salle à manger pour le dîner, et était ensuite parti pour aller chercher d'autres personnes résidentes; à son retour, la personne résidente était partie. L'IA a indiqué que l'on avait immédiatement entrepris une recherche et, juste au moment où on allait mettre en vigueur le code jaune pour personne résidente portée disparue, on avait trouvé la personne résidente debout sans aides à la mobilité, dans la chambre de la personne résidente n° 032, à côté du lit. L'IA a indiqué que la personne résidente n° 032 avait été incapable de dire si des mauvais traitements d'ordre sexuel avaient eu lieu, en raison de son déficit cognitif. Il convient de remarquer que le programme de soins n'indiquait pas le degré de mobilité de la personne résidente ni l'arrêt de la supervision individuelle qui avait eu lieu le jour de l'incident. (N° de registre 016860-16)

**INCIDENT N° 3 ENTRE LES PERSONNES RÉSIDENTES N° 031 ET 033**

À une date spécifiée de juin 2016 un rapport d'incident critique a été soumis comme nous l'avons précédemment mentionné à la rubrique (A), la PSSP n° 209 a indiqué qu'on l'avait affectée à la supervision individuelle de la personne résidente n° 031 à une date spécifiée de juin 2016. Elle a indiqué que, vers une heure du matin, elle avait répondu à la sonnette d'appel d'une autre personne résidente, et qu'elle avait laissé la personne résidente seule dans sa chambre en pensant qu'elle était endormie. La PSSP a indiqué que, quand elle était retournée dans la chambre de la personne résidente, elle avait remarqué que cette dernière entrait dans la chambre de la personne résidente n° 033. La PSSP a indiqué que le personnel infirmier autorisé lui avait dit, lors des postes de travail précédents, de fournir de l'aide à un autre membre du personnel quand la personne résidente n° 031 était dans sa chambre et dormait, et que la PSSP pensait qu'elle devait offrir de l'aide dans l'unité. (N° de registre 018237-16)

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

L'IAA n° 213 a indiqué à l'inspectrice qu'elle savait que l'on effectuait une supervision individuelle pour la personne résidente n° 031 pendant la totalité des trois postes de travail pour la sécurité des personnes résidentes de l'unité en raison de comportements sexuels inappropriés. Elle a indiqué qu'il incombait aux gardes embauchées par l'organisme extérieur de fournir une supervision individuelle et de surveiller la personne résidente, par exemple, pour l'amener faire des activités. Elle a indiqué que tous les soins devraient être prodigués par le personnel du foyer; elle a ajouté qu'elle ne savait pas que le personnel de l'organisme fournissait des soins directs à la personne résidente.

En outre, en se fondant sur les renseignements susmentionnés, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à trois autres articles de la loi qui ont un lien direct avec cet ordre de conformité, à savoir :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 6 (1)c) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* :

Selon lequel 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 des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. (Se reporter à l'AE n° 002)

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 20 (2)h) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* :

Selon lequel au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements, tels que :

- l'article 2 du Règl. de l'Ont. 79/10 selon lequel le « mauvais traitement d'ordre verbal » est clairement défini;

- l'alinéa 97 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10 selon lequel 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 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° 003)

3. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 97 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10 :

Selon lequel 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 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° 004)



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

La portée et la gravité de la preuve à l'appui de cet ordre de conformité, ainsi que les antécédents de conformité concernant les problèmes de conformité identifiés ont fait l'objet d'un examen. La non-conformité continue à cet ordre de conformité constitue un danger pour la sécurité des personnes résidentes qui vivent dans le foyer, en particulier en raison du fait que trois des incidents mentionnés dans le présent rapport concernaient une personne résidente identifiée dans l'ordre de conformité signifié le 27 juin 2015.

Il convient de prendre note que cette non-conformité est transmise au directeur, aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* pour qu'il y donne suite. (545)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 décembre 2016**

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL****PRENDRE AVIS**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

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



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

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

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

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



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

**Émis le 30 septembre 2016**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Angèle Albert-Ritchie

**Bureau régional de services :** Bureau régional de services d'Ottawa