



Ministry of Health and  
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

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

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

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
8 mars 2017	2017_548592_0005	027948-16, 002362-17, 002979-17	Plainte

#### Titulaire de permis

TAMINAGI INC.  
05, rue Loiselle, C.P. 2132, Embrun ON K0A 1W1

#### Foyer de soins de longue durée

SARFIELD COLONIAL HOME  
2861 Colonial Road, C.P. 130, Sarsfield ON K0A 3E0

#### Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MELANIE SARRAZIN (592)

### Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée à la suite d'une plainte.

Cette inspection s'est tenue les 2, 6, 7, 8, 9 et 10 février 2017.

Les plaintes suivantes ont été examinées en même temps durant cette inspection :

- registre 027948-16 concernant un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique de la part du personnel envers un résident;
- registre 002979-17 concernant la déclaration des droits des résidents;
- registre 002466-17 concernant une plainte et un incident grave;
- registre 002362-17 concernant un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique de la part d'un résident envers un autre résident.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur général, le directeur des soins, le coordonnateur des ressources humaines, le superviseur des services alimentaires, l'infirmière de soutien comportemental, des aides-diététistes, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des résidents et des membres de leurs familles.

Durant inspection, l'inspectrice a fait une visite des aires résidentielles, elle a examiné les dossiers de santé de certains résidents, les politiques et les procédures du titulaire de permis, ainsi que les habitudes de travail du personnel et elle a observé des chambres à coucher, les parties communes des aires résidentielles et la prestation de soins et de services aux résidents.

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

comportements réactifs;  
effectif du personnel;  
foyer sûr et sécuritaire;  
observation du service de restauration;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
services de soutien personnel.

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

5 AE  
4 PRV  
1 OC  
0 RD  
0 OTA

## NON-RESPECTS

### Définitions

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui soit aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le 6 février 2017, l'inspectrice 592 a effectué une observation de la salle à manger du niveau inférieur du foyer, qui est utilisée comme salle à manger principale. Ainsi, les résidents prennent leurs repas lors du premier ou du deuxième service et accèdent à la salle à manger par l'ascenseur.

L'inspectrice a été incapable de trouver un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans la salle à manger.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la salle à manger. Elle a également indiqué que le personnel n'utilisait pas le téléphone situé dans le coin arrière de la cuisine comme téléavertisseur si une aide était requise dans la salle à manger.

L'inspectrice a observé que le téléphone n'était pas visible ni accessible par les résidents et les visiteurs depuis l'aire de la cuisine, qui est une aire non résidentielle, et qu'il n'y avait aucune indication, lorsque le système de téléavertisseur était activé, du lieu de provenance du signal.

Un plan de redressement volontaire a été délivré en mars 2015 (inspection n° 2015\_225126\_0012), et en décembre 2016 (inspection n° 2016\_219211\_0023) après les inspections menées dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

Après les problèmes liés à ces plans de redressement volontaire, aucune mesure corrective n'a été prise par le titulaire de permis. [par. 17 (1) e)]

**Autres mesures requises :**

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

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).**

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

**8. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit mis en place à l'intention du foyer :**

**a) d'une part, un programme structuré de services infirmiers visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents;**

**b) d'autre part, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents. 2007, chap. 8, par. 8 (1).**

**Constatactions :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait en place, à l'intention du foyer, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents.

Ont été signalés au ministère de la Santé et des Soins de longue durée deux plaintes et un incident grave concernant des résidents laissés seuls dans l'unité avec un seul PSSP pour les trois étages durant les services de repas. (Registres 002362-17, 002466-17 et 027948-16 concernant le résident 001.)

Sarsfield Colonial Home est un foyer de soins de longue durée abritant 46 lits situé à Sarsfield. Le foyer compte quatre niveaux au total. Il y a 15 résidents au rez-de-chaussée, 15 résidents au deuxième étage et 16 résidents au troisième. La salle à manger est située au rez-de-chaussée, qui est accessible par un seul ascenseur. Le programme structuré de services de soutien personnel prévoit deux PSSP pour chaque étage durant le quart de jour, cinq PSSP le soir (deux au rez-de-chaussée et au troisième étage et un au deuxième étage) et deux PSSP durant le quart de nuit avec une infirmière autorisée pour tout l'immeuble.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 001.

Le dossier de santé du résident indiquait qu'un jour de janvier 2017, à une certaine heure, le résident 001 présentait de l'enflure et des contusions à une région du corps et avait été trouvé ainsi par un membre de sa famille. Le dossier de santé du résident indiquait également qu'à leur arrivée au foyer, les membres de la famille du résident 001 avaient appris par celui-ci qu'il avait reçu un coup de poing du résident 002 à la suite d'une dispute. Le dossier de santé du résident indiquait aussi que les membres de sa famille avaient informé l'IA 102 de l'incident.

Le 2 février 2017, lors d'un entretien avec le membre de la famille du résident 001, il a indiqué à l'inspectrice que, le jour de l'incident, quand il était venu rendre visite au résident avec trois autres membres de la famille, ils avaient trouvé le résident dans le couloir avec une enflure et des contusions sur une partie du corps. Le membre de la famille a indiqué à l'inspectrice qu'il n'y avait pas de personnel dans les environs et que pour cette raison le membre de la famille était resté avec le résident et les autres membres de la famille étaient partis aux autres étages chercher l'aide d'un membre du personnel. Le membre de la famille a indiqué qu'environ 20 minutes s'étaient écoulées avant que l'un des membres de la famille trouve l'IA responsable, qui se trouvait au poste infirmier du deuxième étage.

Le 7 février 2017 à 12 h 25, pendant une tournée d'un étage, l'inspectrice 592 a observé au total six résidents dans leurs chambres. Aucun membre du personnel n'a été vu à l'étage. Quand l'inspectrice 592 est entrée dans l'une des chambres, elle a vu le résident 006 qui était assis dans son fauteuil et se frottait l'abdomen. Le résident a dit à l'inspectrice qu'il avait besoin d'aller aux toilettes. L'inspectrice 592 a noté qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel accessible au résident et, lorsqu'elle a demandé au résident 006 où était la sonnette, le résident lui a dit qu'il ne la trouvait pas.

À 12 h 28, l'inspectrice 592 a vu la PSSP 107 sortir de l'ascenseur à l'un des étages. La PSSP a été informée par l'inspectrice que le résident 006 avait besoin d'aide. Quand l'inspectrice s'est informée de l'accessibilité de la sonnette d'appel, la PSSP 107 ne l'a pas trouvée. L'inspectrice a vu la PSSP 107 déplacer le cadre de lit et les côtés de lit pour essayer d'attraper le cordon de la sonnette d'appel, qui était coincé entre le mur et le cadre de lit. Pendant qu'il se frottait l'abdomen, le résident 006 a dit à la PSSP 107 qu'il sentait le besoin d'aller aux toilettes et qu'il avait de la douleur. La PSSP 107 a indiqué au résident et à l'inspectrice qu'il faudrait qu'elle joigne un collègue en utilisant le téléphone de l'étage pour porter assistance au résident, dont l'évaluation indiquait qu'il fallait deux personnes pour l'emmener aux toilettes.

À 12 h 43, soit 15 minutes après que le résident a demandé à être emmené aux toilettes, un collègue est arrivé pour aider la PSSP 107 à emmener le résident 006 aux toilettes.

Le 8 février 2017, à 12 h 15, l'inspectrice 592 est arrivée à un étage et a remarqué que la sonnette d'appel dans une chambre était activée. L'inspectrice 592 a fait une tournée de l'unité sans pouvoir trouver un seul membre du personnel. L'inspectrice 592 est entrée dans la chambre et le résident 006 et un membre de la famille s'y trouvaient. Le membre de la famille a indiqué à l'inspectrice que le résident avait besoin d'aller aux toilettes et qu'il avait donc sonné plusieurs minutes auparavant pour recevoir de l'aide. Le membre de la famille a indiqué à l'inspectrice qu'ils avaient dû attendre qu'un PSSP soit disponible à l'étage parce que les PSSP étaient occupés au service des repas et que ce problème se répétait constamment si le résident 006 avait besoin d'aller aux toilettes durant le déjeuner. Le membre de la famille a également indiqué à l'inspectrice que le résident devait attendre jusqu'à ce que le service du repas soit terminé parce qu'il n'y avait pas de personnel disponible pour l'aider.

À 12 h 20, l'inspectrice a vu la PSSP 107 sortir de l'ascenseur et aider un résident en fauteuil roulant à retourner à sa chambre et ensuite retourner à l'ascenseur. Quand l'inspectrice 592 a demandé à propos de la sonnette qui sonnait, la PSSP est allée à la chambre du résident 006 et a été informée par le résident et le membre de la famille que le résident avait besoin d'utiliser les toilettes. La PSSP 107 a dit au résident 006 et au membre de la famille qu'elle ne pouvait pas aider le résident en ce moment, vu qu'elle était en train d'aider à

raccompagner à leurs chambres les résidents qui se trouvaient dans la salle à manger en bas. La PSSP 107 a également indiqué au résident et au membre de la famille qu'elle était seule à ce moment-là mais qu'elle demanderait de l'aide dès qu'elle trouverait quelqu'un.

À 12 h 26, soit 11 minutes plus tard, la PSSP 107 était retournée à l'étage avec un collègue pour aider le résident 006.

Lors d'un entretien le 7 février 2017, la PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice qu'il y avait deux services distincts à l'heure des repas. Elle a également indiqué à l'inspectrice que pour assurer la sécurité des résidents après leur retour à l'étage après le premier service de repas, un PSSP était désigné pour rester au deuxième étage pour le deuxième service de repas durant le quart de jour et le quart de soir.

La PSSP 110 a également indiqué que des contrôles visuels étaient faits toutes les 15 minutes au rez-de-chaussée et au troisième étage. Les contrôles toutes les 15 minutes nécessitaient que la PSSP vérifie s'il y avait des sonnettes d'appel activées par des résidents qui auraient besoin d'aide, avant de retourner aux autres étages une fois cette vérification effectuée. La PSSP a également indiqué qu'il n'était pas nécessaire d'aller à chaque chambre, qu'il n'y avait pas de formulaire particulier à utiliser et qu'il suffisait de suivre la routine qui consistait à effectuer des contrôles toutes les 15 minutes.

Lors d'un entretien le 7 février 2017, la directrice des soins a indiqué que le foyer offrait deux services à chaque repas. Elle a également indiqué qu'il y avait un PSSP affecté au deuxième étage une fois que tous les résidents étaient de retour après le premier service et qu'un contrôle visuel était effectué toutes les 15 minutes dans chaque chambre du rez-de-chaussée et du troisième étage. La directrice des soins a également indiqué qu'une fois le contrôle visuel terminé, les PSSP devaient consigner la date et l'heure sur le formulaire de « contrôle visuel à intervalles de 15 minutes » et parafer pour assurer que le contrôle visuel avait été fait. La directrice des soins a également indiqué à l'inspectrice que le formulaire de « contrôle visuel à intervalles de 15 minutes » et une liste de vérification des résidents qui avaient reçu l'autorisation de rester à l'étage sans surveillance se trouvaient dans les classeurs des PSSP à chaque étage.

La directrice des soins a également indiqué à l'inspectrice 592 que chaque résident était évalué au moment de l'admission et dès qu'il y avait un changement important de son état par la suite, pour obtenir l'autorisation de rester à l'étage sans surveillance. La directrice des soins ou un membre du personnel autorisé utilisait le formulaire intitulé « évaluation de la sécurité pour la capacité à rester à la chambre sans surveillance » pour évaluer les résidents. De plus, la directrice des soins a indiqué que le foyer utilisait les sonnettes d'appel comme système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel. Lorsqu'un résident qui a besoin d'aide active sa sonnette d'appel, une alarme se fait entendre partout dans le couloir à chaque étage. Seuls les employés présents dans cette unité peuvent entendre l'alarme; par conséquent, durant les repas, si un résident du rez-de-chaussée ou du troisième étage active sa sonnette d'appel lorsqu'il a besoin d'aide ou qu'il a une urgence, la sonnette ne serait audible pour le personnel que durant les contrôles visuels faits à intervalles de 15 minutes.

Il est à noter que le système de sonnettes d'appel du foyer n'est pas relié aux téléavertisseurs pour que le personnel fournissant des soins directs soit avisé si un résident sonne pour obtenir de l'aide entre les contrôles visuels prévus toutes les 15 minutes.

La directrice des soins a fourni à l'inspectrice 592 une liste des résidents qui sont autorisés à rester dans leur chambre sans surveillance du personnel de l'étage. La liste indiquait qu'au total, huit résidents du rez-de-chaussée et deux résidents du troisième étage n'avaient pas besoin de supervision.

L'inspectrice 592 a examiné la liste des résidents autorisés à rester dans leur chambre sans surveillance du personnel.

Cette liste indiquait les résidents 013, 001, 014, 011, 002, 012, 015, 016, 017 et 018.

L'inspectrice 592 a noté que les résidents 006 et 007 d'une chambre particulière avaient été vus sans surveillance à l'heure du repas les 7 et 8 février 2017 alors qu'ils ne figuraient pas sur la liste fournie par la directrice des soins. De plus, l'inspectrice 592 a vu les résidents 008 et 009 dans une autre chambre, eux aussi sans surveillance, à l'heure du repas les 7 et 8 février 2017 alors qu'ils ne figuraient pas sur la liste fournie par la directrice des soins.

L'inspectrice 592 a examiné le formulaire « évaluation de la sécurité pour la capacité à rester à la chambre sans surveillance ».

Les résidents suivants, qui figuraient sur la liste, ont fait l'objet d'un examen.

Résident 001 : a été évalué un jour de mai 2016 et jugé à risque s'il n'était pas surveillé, mais le formulaire indiquait que le résident avait consenti à rester à la chambre sans surveillance.

Résident 002 : a été évalué un jour de juin 2016 et jugé à risque s'il n'était pas surveillé, mais le formulaire indiquait que le résident avait consenti à rester à la chambre sans surveillance.

Résident 010 : a été évalué un jour de septembre 2015, a été jugé à risque s'il n'était pas surveillé et n'est pas autorisé à rester à la chambre sans surveillance mais son nom figurait sur la liste des résidents autorisés à rester à leur chambre et l'inspectrice 592 l'a vu sans surveillance dans l'unité les 7 et 8 février 2017.

Résident 011 : aucune évaluation trouvée.

Résident 012 : aucune évaluation trouvée.

L'examen d'un formulaire de contrôle visuel à intervalles de 15 minutes pour janvier 2017 a révélé que pour cette période de 31 jours, le contrôle visuel n'était pas consigné pour 24 jours. L'examen du formulaire de contrôle visuel à intervalles de 15 minutes pour la période du 1<sup>er</sup> au 7 février 2017 n'a révélé aucune documentation consignée.

Lors d'un entretien le 9 février 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que les résidents qui n'étaient pas identifiés sur la liste étaient des résidents qui finissaient leurs repas plus tôt et qu'on accompagnait à l'étage en attendant que le repas se termine. La directrice des soins a également indiqué que

les résidents n'étaient pas toujours réévalués s'il n'y avait pas de changement dans leur état, que les formulaires n'étaient pas toujours remplis et que le personnel autorisé se servait de son jugement pour décider si le résident pouvait rester sans surveillance dans sa chambre. [par. 8 (1)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à s'assurer de satisfaire aux besoins des résidents durant les services de repas. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

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

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

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

**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;**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;**
- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements;**
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- 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;**
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents;**
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f);**
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**Constatations :**

**1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

**En particulier, le titulaire de permis 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 :**

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).

Cette inspection a été menée à la suite d'une plainte concernant un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique de la part d'un membre du personnel envers un résident survenu à une certaine date de septembre 2016. La plainte indiquait que l'incident impliquait le résident 001, qui était retenu par un membre du personnel pendant qu'un autre membre du personnel lui donnait un coup de poing. La plainte indiquait également que ceci n'était peut-être pas tout à fait vrai étant donné que le résident était aux premiers stades d'une démence, mais qu'il s'agissait peut-être de membres du personnel forçant le résident à prendre ses médicaments.

Un examen du dossier de santé du résident 001 a révélé que le résident avait fait l'objet de multiples diagnostics et qu'il était lui-même son procureur. De plus, le dossier de santé du résident 001 pour septembre 2016 a été examiné et aucune documentation n'a été trouvée au sujet de l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique.

Lors d'un entretien le 9 février 2017, le résident 001 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il se souvenait que, plusieurs mois auparavant, il elle avait refusé d'aller au lit et qu'une infirmière et un PSSP qui étaient dans sa chambre avaient essayé de le convaincre d'aller au lit. Le résident a également indiqué à l'inspectrice que les deux membres du personnel avaient essayé de le mettre au lit mais qu'il avait refusé de nouveau. Le résident a ajouté qu'il avait reçu un coup de poing du PSSP et a donné une description des deux membres du personnel impliqués dans l'incident. Le résident, en décrivant l'incident, a ajouté qu'il avait été retenu par l'infirmière pour que le PSSP puisse lui donner un coup de poing. Il a également indiqué qu'il avait contacté la police le jour suivant et que tout le monde au foyer avait été mis au courant mais il ne se souvient pas quels membres du personnel sont intervenus lors de l'incident.

L'inspectrice 592 a examiné la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, entrée en vigueur le 24 septembre 2014, qui indique ce qui suit sous la rubrique « rapport préliminaire écrit/enquête » :

A. Quelles que soient les mesures prises, le superviseur à qui l'incident est signalé mènera une enquête et remplira un rapport préliminaire avant de quitter ses fonctions.

C. Le rapport préliminaire écrit doit contenir les renseignements suivants :

a) date et heure de l'incident (quand);

b) ce qui s'est passé;

c) le nom des personnes impliquées (y compris les témoins);

d) lieu où l'incident s'est produit;

e) cause de l'incident et indication de ce qui aurait éventuellement pu être fait pour le prévenir;

f) déclarations écrites de tous les témoins (si le résident est incapable, le superviseur consignera son témoignage);

g) toute autre personne importante;

h) renseignements ayant une portée sur l'incident.

Lors d'un entretien le 10 février 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que tous les événements liés à une allégation de mauvais traitement devaient faire l'objet d'une enquête et être documentés au moyen

d'un formulaire particulier. Elle a également dit se souvenir vaguement d'avoir reçu un rapport concernant l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique impliquant le résident 001 et deux membres du personnel. De plus, la directrice des soins a dit ne pas se souvenir du nom de la personne qui avait déclaré l'incident mais que le lendemain, lorsqu'elle en avait été informée, elle avait mené une enquête et interrogé les membres du personnel impliqués dans l'incident ainsi que le résident 001. Elle a également indiqué à l'inspectrice qu'elle ne trouvait pas le rapport écrit mais qu'après l'enquête interne du foyer, il n'y avait pas de motifs raisonnables de soupçonner que ce mauvais traitement avait été infligé au résident 001.

Lors d'un entretien le 10 février 2017, le directeur général a indiqué à l'inspectrice qu'il avait été informé par des membres du personnel d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique impliquant le résident 001 et un membre du personnel. Il a également indiqué qu'il avait mené une enquête et qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement allégué avait effectivement été infligé. Le directeur général a également indiqué qu'il n'avait pas rédigé le rapport écrit qu'exigeait la politique du foyer. [par. 20 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi.

L'administratrice a fourni à l'inspectrice 592, sur demande, la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Un examen de cette politique révèle des éléments de rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) (c.-à-d. au directeur). Cependant, les explications concernant les rapports de mauvais traitements et de négligence envers les résidents n'indiquent pas l'obligation de faire rapport immédiatement. Les explications fournies n'indiquent pas clairement qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'un incident de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'est produit ou peut se produire a l'obligation d'en faire rapport immédiatement.

De plus, l'obligation de faire rapport est décrite en fonction des résultats de l'enquête du foyer, selon laquelle, lorsqu'une enquête indique qu'un résident a probablement subi un mauvais traitement, le directeur ou la personne qu'il désigne prendra la décision de faire rapport au MSSLD.

Lors d'un entretien le 6 février 2017, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice qu'elle informait le directeur en utilisant le formulaire d'incident grave mais qu'elle ne connaissait pas le numéro de téléphone à composer en dehors des heures normales pour informer le directeur immédiatement.

Lors de l'examen de la politique du titulaire de permis le 7 février 2017, l'administratrice a indiqué que le foyer connaissait l'obligation de faire rapport au directeur immédiatement. Elle a ajouté qu'elle ne connaissait pas le numéro à composer en dehors des heures normales pour informer le directeur immédiatement et qu'elle ne savait pas que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents ne précisait pas l'obligation de faire rapport immédiatement. [par. 20 (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer se conformera à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence et que cette politique contiendra une explication de l'obligation de faire les rapports obligatoires aux termes de l'article 24 de la Loi. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2 (1), le mauvais traitement d'ordre physique est défini comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

En ce qui concerne le registre 002362-17 et le registre 002433-17.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé du résident 001. Le dossier de santé du résident indique qu'un jour de janvier 2017, à une certaine heure, le résident 001 présentait de l'enflure et des contusions à une région du corps et avait été trouvé ainsi par un membre de sa famille. Le dossier de santé du résident indiquait

également que le résident 001 avait informé les membres de sa famille qu'il avait reçu un coup de poing du résident 002 à la suite d'une dispute. Le dossier de santé du résident indiquait également que les membres de sa famille avaient informé l'IA 102 de l'incident.

Lors d'un entretien le 2 février 2017, le résident 001 a indiqué à l'inspectrice qu'il avait reçu un coup de poing du résident 002 environ deux semaines auparavant à la suite d'une dispute. Le résident 001 a également indiqué que durant l'altercation, le résident 002 lui avait donné un coup de poing et qu'il avait ressenti de la douleur. Le résident a également indiqué qu'il avait informé sa famille mais pas l'infirmière, car il pensait qu'elle était probablement déjà au courant.

Lors d'un entretien le 2 février 2017, l'IA 102 a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait observé le résident 001 en lui administrant son médicament à une certaine heure et qu'une rougeur était présente sur une région du corps mais que, lorsqu'elle avait demandé au résident ce qui s'était passé, celui-ci lui avait dit que rien ne s'était passé. L'IA 102 a également indiqué qu'environ 60 minutes plus tard, un membre de la famille était venu chercher le résident, qui était en train de manger à l'heure du dîner, et s'informait de ce qui était arrivé au résident 001. L'IA 102 a indiqué qu'au même moment, elle avait été informée par le résident et ce membre de la famille que le résident 001 avait reçu un coup de poing du résident 002. Elle a également indiqué à l'inspectrice qu'au moment où elle a été informée, elle avait examiné la blessure du résident 001 et avait remarqué que sa blessure avait empiré depuis la première fois qu'elle avait vu le résident, 60 minutes auparavant, ajoutant qu'elle avait alerté le médecin. Elle a également indiqué à l'inspectrice que le résident 002 avait affirmé avoir donné un coup de poing au résident 001 durant une dispute. L'IA 102 a indiqué à l'inspectrice que la police et le directeur général du foyer avaient été alertés et que le directeur général du foyer avait pris l'affaire en main.

Lors d'un entretien le 2 février 2017, le directeur général a indiqué à l'inspectrice qu'il avait été prévenu le jour de l'incident et qu'il s'était immédiatement rendu sur place. Il a également indiqué que la procédure du foyer, lorsqu'il est informé d'un incident allégué de mauvais traitement, consiste à en informer le directeur en lui transmettant un rapport d'incident critique préparé par lui-même ou par la directrice des soins. Le directeur général a également indiqué qu'il n'avait pas appelé le directeur immédiatement en apprenant l'incident ce soir-là parce qu'il pensait que cela pouvait attendre au lendemain. Il a également indiqué à l'inspectrice que la directrice des soins ne travaillait pas le lendemain. Par conséquent, l'information concernant un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique n'a pas été communiquée immédiatement. Un PRV a été délivré en juin 2016 (inspection 2016\_290551\_0013) à la suite d'une IQSR. [par. 24 (1)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'un résident par qui que ce soit s'est produit ou peut se produire, fait immédiatement rapport au directeur. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation).**

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

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

**10. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.**

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

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

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un service de collation qui comprend des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le 8 février 2017, l'inspectrice 592 a vu la PSSP 111 faire manger les résidents 004, 005 et 006 dans le salon situé au rez-de-chaussée durant le service du petit-déjeuner. L'inspectrice 592 a vu la PSSP 111 debout à côté du fauteuil roulant des résidents pendant qu'elle les faisait manger.

Lors d'un entretien le 8 février 2017, la PSSP 111, elle a indiqué à l'inspectrice qu'elle devrait s'asseoir pendant qu'elle aidait les résidents mais que, vu qu'il n'y avait pas de meubles disponibles quand le personnel servait le petit-déjeuner au salon, elle ne pouvait pas s'asseoir pendant qu'elle aidait les résidents à manger.

L'inspectrice 592 a examiné le programme de soins des résidents 004, 005 et 006.

Le programme de soins actuel du résident 004 a indiqué que le résident avait parfois besoin d'une aide intensive parce qu'il était parfois incapable de se nourrir sans être aidé.

Le programme de soins en vigueur pour le résident 005 indiquait que le résident devait recevoir une aide complète pour manger parce qu'il était incapable de le faire sans être aidé.

Le programme de soins en vigueur pour le résident 006 indiquait de toujours s'asseoir en face du résident pour le faire manger et de le surveiller durant chaque repas et chaque collation.

Lors d'un entretien le 9 février 2017, la superviseuse des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier savait qu'il n'était pas censé rester debout pour faire manger les résidents et que c'était la règle à respecter pour que les repas soient des moments agréables. Elle a ajouté qu'elle veillerait à ce que des

techniques adéquates pour aider les résidents à manger soient mises en place et à ce qu'il y ait des meubles pour les membres du personnel. [alinéa 73 (1) 10]

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

En ce qui concerne le registre 027948-17.

Le 7 février 2017, l'aide-diététiste 106 a fourni à l'inspectrice 592 le menu cycle de menu hebdomadaire en place et utilisé par le foyer.

En examinant le menu, l'inspectrice 592 a noté que le mercredi, le jeudi et le dimanche, le menu indiquait que tout ce qui était boulangerie devait être envoyé à chaque étage vers 8 h.

Lors d'un entretien le 7 février 2017, l'aide-diététiste 106 a indiqué à l'inspectrice que le mercredi, le jeudi et le dimanche, le petit-déjeuner des résidents leur était servi dans un salon situé à chaque étage. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle préparait pour chaque étage un chariot qu'elle monte pour le service du petit-déjeuner.

Le mercredi 8 février 2017 vers 8 h, l'inspectrice 592 a vu, au rez-de-chaussée, un salon appelé « lounge » où il y avait cinq résidents assis à une table et trois résidents assis au fond de la pièce dans leurs fauteuils roulants sans tablette.

La PSSP 111 a été vue debout pendant qu'elle aidait les trois résidents dans leurs fauteuils roulants au fond de la pièce. La PSSP 111 tenait l'assiette du petit-déjeuner des résidents parce qu'il n'y avait pas de table. L'inspectrice 592 n'a pas vu de chaises pour les membres du personnel qui faisaient manger les résidents.

Le mercredi 8 février 2017 vers 8 h 15, l'inspectrice 592 a vu, au troisième étage, un salon appelé « lounge » où sept résidents étaient assis dans leurs fauteuils roulants le long du mur. Au fond de la pièce, il y avait deux tables que résidents utilisaient.

Le 9 février 2017, pendant une visite du salon, la superviseure des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice qu'en raison du temps qu'il faut passer dans l'ascenseur parce qu'il n'y en a qu'un pour faire monter et descendre les résidents pour les repas, le salon de chaque étage était utilisé trois fois par semaine pour accommoder le personnel et les résidents. La superviseure des services alimentaires a également indiqué qu'il n'y avait pas de plan de salle pour ces salons et que les résidents qui étaient identifiés comme n'ayant pas de tablette attachée à leur fauteuil roulant en utilisaient une, en règle générale, mais qu'on la laissait probablement dans leur chambre. Elle a également indiqué que certains résidents observés avaient généralement besoin d'une aide limitée mais qu'en l'absence de meubles et d'équipement, les membres du personnel devaient les aider en tenant leurs assiettes et en les faisant manger. [alinéa 73 (1) 11]

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



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

*visant à assurer que des techniques adéquates sont employées pour aider les résidents à manger et qu'il y a un ameublement et un équipement appropriés dans les aires où mangent les résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.*

---

Date de délivrance : 9 mars 2017

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

**Copie destinée au public**

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	MELANIE SARRAZIN
<b>N<sup>os</sup> de registres :</b>	027948-16, 002362-17, 002979-17
<b>N<sup>o</sup> du rapport d'inspection :</b>	2017_548592_0005 2017_548592_0005
<b>Type d'inspection :</b>	Plainte
<b>Date du rapport :</b>	8 mars 2017
<b>Titulaire de permis :</b>	TAMINAGI INC.
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	SARFIELD COLONIAL HOME
<b>Nom de l'administratrice :</b>	CHANTAL CRISPIN

---

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

N° de l'ordre : 001

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

**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont. 79/10, 17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

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

**Ordre :**

1. Veiller à ce que la salle à manger principale soit dotée d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui satisfait à toutes les exigences énumérées ci-dessus.
2. Prendre des mesures immédiates pour réduire les risques associés à cette situation jusqu'à ce que ce non-respect soit corrigé par le titulaire de permis et qu'une inspectrice ou un inspecteur du MSSLD constate sa correction.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui soit aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le 6 février 2017, l'inspectrice 592 a effectué une observation de la salle à manger du niveau inférieur du foyer, qui est utilisée comme salle à manger principale. Ainsi, les résidents prennent leurs repas lors du premier ou du deuxième service et accèdent à la salle à manger par l'ascenseur.

L'inspectrice a été incapable de trouver un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans la salle à manger.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la salle à manger. Elle a également indiqué que le personnel n'utilisait pas le téléphone situé dans le coin arrière de la cuisine comme téléavertisseur si une aide était requise dans la salle à manger.

L'inspectrice a observé que le téléphone n'était pas visible ni accessible par les résidents et les visiteurs depuis l'aire de la cuisine, qui est une aire non résidentielle, et qu'il n'y avait aucune indication, lorsque le système de téléavertisseur était activé, du lieu de provenance du signal.

Un plan de redressement volontaire a été délivré en mars 2015 (inspection n° 2015\_225126\_0012), et en décembre 2016 (inspection n° 2016\_219211\_0023) après les inspections menées dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

Après les problèmes liés à ces plans de redressement volontaire, aucune mesure corrective n'a été prise par le titulaire de permis. (592)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 12 mai 2017**

**RÉEXAMEN ET APPELS**

## AVIS IMPORTANT :

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

**Directeur**

a.s. du comité aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

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

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

**et Directeur**

a.s. du comité aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

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

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

**Date de délivrance : 8 mars 2017**

**Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**

Melanie Sarrazin

**Bureau régional de services :**

Ottawa