



**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  
*Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

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

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

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

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

## **Copie du public**

---

<b>Date du rapport</b>	<b>N° de l'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
7 novembre 2017	2017_683126_0016	007634-17, 007715-17, 023061-17, 023568-17	Plainte

---

### **Titulaire de permis**

SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.  
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA, ON K1N 5C8

---

### **Foyer de soins de longue durée**

RÉSIDENCE ÉLISABETH BRUYÈRE  
75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA, ON K1N 5C8

---

### **Nom de l'inspectrice**

LINDA HARKINS (126)

---

## **Résumé de l'inspection**

---



**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  
*Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

**Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 16, 17, 18 et 19 octobre 2017.**

**Au cours de cette inspection les trois incidents critiques suivants ont été inspectés : registres n° 007715-17, n° 023568-17 et n° 023061-17.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : directrice générale/directeur général (DG), administratrice, directrice/directeur des soins intérimaire (DDSI), plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs préposées et préposés aux soins personnels (PSP), deux personnes résidentes et un membre d'une famille.**

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

**Médicaments**

**Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles**

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

**5 AE**

**2 PRV**

**1 OC**

**0 RD**

**0 OTA**

## NON-RESPECT DES EXIGENCES

### Définitions

**AE** — Avis écrit

**PRV** — Plan de redressement volontaire

**RD** — Renvoi de la question au directeur

**OC** — Ordres de conformité

**OTA** — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (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 la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19. Obligation de protéger**

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

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

### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 002 soit protégée contre un mauvais traitement d'ordre affectif de la part de la préposée/du préposé aux soins personnels (PSP) 107.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 2. (1) a) mauvais traitement d'ordre affectif s'entend : « de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident ».



Registre n° 023061-17 :

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à une certaine date de 2017 relativement à une allégation de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

La personne résidente 002 a été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence. La personne résidente 002 était connue pour avoir des comportements réactifs.

À une certaine date de 2017, après le dîner, alors que la/le PSP 107 nettoyait la table, la personne résidente 002 a jeté un verre de liquide sur la/le PSP 107. La/le PSP 107 a réagi en disant à ses collègues dans la salle à manger : « avez-vous vu ce que m'a fait la personne résidente 002? », et il/elle a jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente.

À une certaine date de 2017, après l'incident, la/le PSP 108 a fait rapport de ce dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger, à l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 105 et à l'infirmière auxiliaire autorisée/l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 104.

Le 17 octobre 2017, l'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice 126 que la/le PSP 108 avait fait rapport de l'incident dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger ce soir-là de 2017. À ce moment-là, l'IAA 104 a indiqué ne pas trop savoir que faire, ni ce qu'il fallait faire. L'IAA 104 a indiqué que l'IA 105 avait contacté la directrice/le directeur des soins (DDS) et laissé un message à la directrice générale/au directeur général (DG).

Le 17 octobre 2017, l'IA 105 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en réaction au signalement de l'incident de 2017, on avait évalué la personne résidente 002 et qu'elle n'avait subi aucune blessure. L'IA 105 a indiqué avoir envoyé un courriel à la/au DDS et avoir laissé un message vocal à la/au DG.

Le 19 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins intérimaire (DDSI) a indiqué à l'inspectrice 126 avoir été informé(e) par la/le DG le lendemain de l'incident de 2017. L'IA 105 avait laissé un message vocal à la/au DG la veille au soir lui demandant de la/le rappeler, sans donner de détails. La/le DDSI a indiqué avoir examiné le rapport quotidien, et que l'on n'avait pas documenté d'incident pour le jour précédent. Le lendemain, la/le DDSI avait interrogé l'IA 105 qui l'avait informé(e) de l'incident impliquant la/le PSP 107 qui avait jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002. À ce moment-là, la/le DDSI avait immédiatement enlevé la/le PSP 107 de l'unité et fait rapport de l'incident au directeur du MSSLD.

La personne résidente 002 n'a pas été protégée contre un mauvais traitement d'ordre affectif de la part de la/du PSP 107, car les deux membres du personnel infirmier autorisé qui travaillaient ce soir-là de 2017 ne savaient pas comment réagir à l'incident de mauvais traitement d'ordre affectif.

Le titulaire de permis n'a pas non plus veillé à se conformer aux articles suivants qui concernent la prévention de mauvais traitements :

Aux termes du paragraphe 24 (1) de la LFSLD 2007, pour ne pas faire immédiatement rapport au directeur (se reporter à l'AE n° 02).

Aux termes du paragraphe 97 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, pour ne pas aviser immédiatement la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) (se reporter à l'AE n° 04).

Aux termes de l'article 98 du Règl. de l'Ont. 79/10 pour ne pas aviser le corps de police concerné (se reporter à l'AE n° 05). [Paragraphe 19 (1)]

**Autres mesures requises :**

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

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fasse immédiatement rapport au directeur d'une allégation de mauvais traitement d'ordre physique.

Registres n° 007634-17 et n° 007715-17 :

À une certaine date de 2017, la personne résidente 001 a indiqué à la garde privée/au garde privé que l'aide-soignante résidente/l'aide-soignant résident était brusque avec elle et l'avait saisie par le bras pour l'asseoir dans le fauteuil roulant en lui fournissant des soins ce matin-là. La garde privée/le garde privé avait fait rapport de l'incident à l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 101 ce même jour.

Le 17 octobre 2017, lors d'un entretien téléphonique, la mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001 a indiqué à l'inspectrice 126 avoir été mis(e) au courant de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique envers la personne résidente 001 par un courriel de la garde privée/du garde privé ce soir-là de 2017.

L'IA 101 n'avait pas avisé immédiatement le directeur de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique. [Paragraphe 24 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fasse immédiatement rapport au directeur d'une allégation de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Registre n° 023061-17 :

À une certaine date de 2017, après le dîner, alors que la/le PSP 107 nettoyait la table, la personne résidente 002 a jeté un verre de liquide sur la/le PSP 107. La/le PSP 107 a réagi en disant à ses collègues dans la salle à manger : « avez-vous vu ce que m'a fait la personne résidente 002? », et il/elle a jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente.

À une certaine date de 2017, après l'incident, la PSP 108 a fait rapport de ce dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger, à l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 105 et à l'infirmière auxiliaire autorisée/l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 104.

Le 17 octobre 2017, l'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice 126 que la/le PSP 108 avait fait rapport de l'incident dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger ce soir-là de 2017. À ce moment-là, l'IAA 104 a indiqué ne pas trop savoir que faire, ni ce qu'il fallait faire. L'IAA 104 a indiqué que l'IA 105 avait communiqué avec la directrice/le directeur des soins (DDS) et avait laissé un message à la directrice générale/au directeur général (DG).

Le 17 octobre 2017, l'IA 105 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en réaction au signalement de l'incident de cette date particulière de 2017, il/elle avait envoyé un courriel à la/au DDS et laissé un message vocal pour la/le DG.

Le 19 octobre 2017, la/le DDSI a indiqué à l'inspectrice 126 avoir été informé(e) par la/le DG le lendemain de l'incident survenu à cette date particulière de 2017. L'IA 105 avait laissé un message vocal à la/au DG la veille au soir lui demandant de la/le rappeler, sans donner de détails. La/le DDSI a indiqué avoir examiné le rapport quotidien, et que l'on n'avait documenté aucun incident pour le jour précédent. Ce même jour, la/le DDSI avait interrogé l'IA 105 qui l'avait informé(e) de l'incident impliquant la/le PSP 107 qui avait jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002. À la suite de ces entretiens, la/le DDSI avait avisé le directeur du MSSLD ce soir-là.

L'IA 105 n'avait pas avisé immédiatement le directeur du mauvais traitement ce soir-là de 2017.  
[Paragraphe 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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'on fait immédiatement rapport au directeur de tous les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.  
Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

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

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

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**
  - (ii) il est sûr et verrouillé,**
  - (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**
  - (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;**
- Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

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

**Constatations :**

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou dans un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Le 16 octobre 2017 (à 13 h 10), la personne résidente 001 était assise dans la salle à manger et finissait son dessert. On remarquait sur la table une coupelle à médicaments contenant deux comprimés d'acétaminophène. Aucun membre du personnel infirmier autorisé ne se trouvait dans la salle à manger ou dans le couloir.

La personne résidente 001 a indiqué que c'était ses médicaments, que l'infirmière/l'infirmier était au courant et avait laissé les médicaments sur la table pour qu'elle puisse les prendre plus tard.

Le 16 octobre 2017 (à 13 h 15), l'inspectrice 126 a apporté la coupelle à médicaments contenant les comprimés d'acétaminophène à l'infirmière auxiliaire autorisée/l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 100 responsable de l'unité. L'IAA 100 a indiqué avoir donné les médicaments à la personne résidente 001 et laissé les deux comprimés d'acétaminophène sur la table de la personne résidente 001 pour qu'elle puisse les prendre quand elle voulait.

On avait laissé les deux comprimés d'acétaminophène sans surveillance sur la table, et ils n'étaient pas entreposés dans un endroit sûr et verrouillé. [alinéa 129 (1) a)]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les médicaments sont gardés dans un endroit sûr et verrouillé en tout temps. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 97.**

**Notification : incidents**

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

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

**a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**



**b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente (MS) et toute autre personne que précise la personne résidente fussent avisés immédiatement dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique.

Registres n° 007634-17 et n° 007715-17 :

À une certaine date de 2017, la personne résidente 001 avait signalé à la garde privée/au garde privé que ce jour-là, une préposée/un préposé aux soins personnels avait été brusque envers elle lors de son transfert dans le fauteuil roulant. La garde privée/le garde privé avait immédiatement avisé l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 101 de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique et avait envoyé un courriel dans la soirée à la/au MS de la personne résidente 001.

Le lendemain, la/le MS de la personne résidente 001 était venu(e) au foyer et avait questionné l'IA 101 sur l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique, et avait demandé pourquoi on ne l'avait pas avisé(e).

À cette date particulière de 2017, l'IA 101 n'avait pas immédiatement avisé la/le MS de la personne résidente 001 de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique. [Alinéa 97 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente (MS) et toute autre personne que précise la personne résidente fussent avisés immédiatement après le moment où il prend connaissance d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 002.

Registre n° 023061-17 :

À une certaine date de 2017, après le dîner, alors que la/le PSP 107 nettoyait la table, la personne résidente 002 a jeté un verre de liquide sur la/le PSP 107. La/le PSP 107 a réagi en disant à ses collègues dans la salle à manger : « avez-vous vu ce que m'a fait la personne résidente 002? », et il/elle a jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002.

Le 17 octobre 2017, l'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice 126 que la/le PSP 108 avait fait rapport de l'incident dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger ce soir-là de 2017. À ce moment-là, l'IAA 104 a indiqué ne pas trop savoir que faire, ni ce qu'il fallait faire. L'IAA 104 a indiqué que l'IA 105 avait communiqué avec la directrice/le directeur des soins (DDS) et avait laissé un message à la directrice générale/au directeur général (DG).

Le 17 octobre 2017, l'IA 105 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en réaction au signalement de l'incident, on avait évalué la personne résidente 002 et qu'elle n'avait subi aucune blessure. L'IA 105 a indiqué avoir envoyé un courriel à la/au DDS et avoir laissé un message vocal à la/au DG.

Le 19 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins intérimaire (DDSI) a indiqué à l'inspectrice 126 avoir été informé(e) par la/le DG le jour suivant de l'incident de 2017. L'IA 105 avait laissé un message vocal pour la/le DG la veille au soir lui demandant de la/le rappeler, sans donner de détails. La/le DDSI a indiqué avoir examiné le rapport quotidien, et qu'il n'y avait pas de documentation concernant un incident pour le jour précédent. Ce jour-là, la/le DDSI a interrogé l'IA 105 qui l'avait informé(e) de l'incident impliquant la/le PSP 107 qui avait jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002. À ce moment-là, la/le DDSI avait immédiatement enlevé la/le PSP 107 de l'unité et avait fait rapport de l'incident au directeur du MSSLD. On avait communiqué avec la/le MS de la personne résidente 002 ce soir-là.

À une date particulière de 2017, l'IA 105 et l'IAA 104 n'avaient pas immédiatement avisé la/le MS de la personne résidente 002 de l'incident de mauvais traitement d'ordre affectif qui avait eu lieu ce soir-là.  
[Alinéa 97 (1) b)]

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.**

### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé d'une allégation de mauvais traitement d'ordre physique.

Registres n° 007634-17 et n° 007715 :

À une certaine date de 2017, la personne résidente 001 avait signalé à la garde privée/au garde privé que ce jour-là, une préposée/un préposé aux soins personnels avait été brusque envers elle lors de son transfert dans le fauteuil roulant. La garde privée/le garde privé avait avisé l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 101 ce même jour de l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique. L'IA 101 a indiqué être allé(e) parler à la personne résidente 101 et avoir effectué une évaluation.



À ce jour, 19 octobre 2017, le titulaire de permis n'avait pas contacté le corps de police concerné relativement à l'allégation de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel à cette date particulière de 2017. [Article 98]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné fût immédiatement avisé d'un incident de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Registre n° 023061 :

À une certaine date de 2017, après le dîner, alors que la/le PSP 107 nettoyait la table, la personne résidente 002 a jeté un verre de liquide sur la/le PSP 107. La/le PSP 107 a réagi en disant à ses collègues dans la salle à manger : « avez-vous vu ce que m'a fait la personne résidente 002? », et il/elle a jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002.

À ce jour, 19 octobre 2017, le titulaire de permis n'avait pas contacté le corps de police concerné relativement à l'incident de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui s'était produit ce jour particulier de septembre 2017. [Article 98]

**Émis le 8 novembre 2017**

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

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

**Copie du public**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** LINDA HARKINS (126)

**N° de l'inspection :** 2017\_683126\_0016

**N° de registre :** 007634-17, 007715-17, 023061-17, 023568-17

**Type d'inspection :** Plainte

**Date(s) du rapport :** 7 novembre 2017

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

**Foyer de SLD :** RÉSIDENCE ÉLISABETH-BRUYÈRE  
75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA, ON K1N 5C8

**Nom de l'administratrice :** Danielle Levac

---

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

## Order(s) of the Inspector

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

## Ordre(s) de l'inspecteur

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

---

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

**Aux termes de :**

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit élaborer, soumettre et mettre en œuvre un plan visant à assurer que :

1. Tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes comprend clairement les définitions de mauvais traitement et de négligence conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, paragraphe 2 (1) définitions de « mauvais traitement », et paragraphe (5) définition de « négligence »; et comprend l'exigence relativement à l'obligation de faire rapport conformément à la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, paragraphe 24 (1).
2. Le personnel infirmier comprend clairement son rôle et ses responsabilités quand il reçoit de l'information relative à un incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence conformément à dernière révision de la politique du titulaire de permis n° CLIN CARE 32 LTC intitulée « *Abuse and Neglect, Long Term Care* » (mauvais traitements et négligence – soins de longue durée).

Ce plan doit être soumis par écrit d'ici le 22 novembre 2017 à Linda Harkins, inspectrice des FSLD, Soins infirmiers au 347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage, Ottawa, ON K1S 3J4 OU par télécopieur au 613 569-9670.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 002 soit protégée contre un mauvais traitement d'ordre affectif de la part de la préposée/du préposé aux soins personnels (PSP) 107.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 2. (1) a) mauvais traitement d'ordre affectif s'entend :

« de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident ».

Registre n° 023061-17 :

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à une certaine date de 2017 relativement à une allégation de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

La personne résidente 002 a été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence. La personne résidente 002 était connue pour avoir des comportements réactifs.

À une certaine date de 2017, après le dîner, alors que la/le PSP 107 nettoyait la table, la personne résidente 002 a jeté un verre de liquide sur la/le PSP 107. La/le PSP 107 a réagi en disant à ses collègues dans la salle à manger : « avez-vous vu ce que la personne résidente 002 m'a fait? », et il/elle a jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002.

À une certaine date de 2017, après l'incident, la/le PSP 108 a fait rapport de ce dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger, à l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé (IA) 105 et à l'infirmière auxiliaire autorisée/l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 104.

Le 17 octobre 2017, l'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice 126 que la/le PSP 108 avait fait rapport de l'incident dont il/elle avait été témoin dans la salle à manger ce soir-là de 2017. À ce moment-là, l'IAA104 a indiqué ne pas trop savoir que faire, ni ce qu'il fallait faire. L'IAA 104 a indiqué que l'IA 105 avait contacté la directrice/le directeur des soins (DDS) et laissé un message à la directrice générale/au directeur général (DG).

Le 17 octobre 2017, l'IA 105 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en réaction au signalement de l'incident de 2017, on avait évalué la personne résidente 002 et qu'elle n'avait subi aucune blessure. L'IA 105 a indiqué avoir envoyé un courriel à la/au DDS et avoir laissé un message vocal à la/au DG.



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

Le 19 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins intérimaire (DDSI) a indiqué à l'inspectrice 126 avoir été informé(e) par la/le DG le lendemain de l'incident de 2017. L'IA 105 avait laissé un message vocal à la/au DG la veille au soir lui demandant de la/le rappeler, sans donner de détails. La/le DDSI a indiqué avoir examiné le rapport quotidien, et que l'on n'avait pas documenté d'incident pour le jour précédent. Le lendemain, la/le DDSI avait interrogé l'IA 105 qui l'avait informé(e) de l'incident impliquant la/le PSP 107 qui avait jeté une tasse de liquide au visage de la personne résidente 002. À ce moment-là, la/le DDSI avait immédiatement enlevé la/le PSP 107 de l'unité et avait fait rapport de l'incident au directeur du MSSLD.

La personne résidente 002 n'a pas été protégée contre un mauvais traitement d'ordre affectif de la part de la/du PSP 107, car les deux membres du personnel infirmier autorisé qui travaillaient ce soir-là de 2017 ne savaient pas comment réagir à l'incident de mauvais traitement d'ordre affectif.

Le titulaire de permis n'a pas non plus veillé à se conformer aux articles suivants qui concernent la prévention de mauvais traitements :

Aux termes du paragraphe 24 (1) de la LFSLD 2007, pour ne pas faire immédiatement rapport au directeur (se reporter à l'AE n° 02).

Aux termes du paragraphe 97 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 pour ne pas aviser immédiatement la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) (se reporter à l'AE n° 04).

Aux termes de l'article 98 du Règl. de l'Ont. 79/10 pour ne pas aviser le corps de police concerné (se reporter à l'AE n° 05).

Dans cette affaire, la portée est isolée, toutefois un ordre de conformité est justifié en raison du risque éventuel de préjudice à la personne résidente 002. [Paragraphe 19 (1) (126)]

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

**2 février 2018**



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

## **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS**

**PRENEZ AVIS :**

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

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels Direction de  
l'inspection des foyers de soins de longue durée Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage Toronto ON

M5S 2B1 Télécopieur : 416 327-7603



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

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

**Émis le 7 novembre 2017**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :**

LINDA HARKINS

**Bureau régional de services :**

Bureau régional de services d'Ottawa