



**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***

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

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

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 modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 13 mars 2018	Numéro d'inspection 2018_548592_0002 (A1)	N° de registre 013373-18	Type d'inspection Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
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 ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs MELANIE SARRAZIN (592) – (A1)			



**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***

Émis le 13 mar 2018 (A1)

Signature de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

--

Original du rapport signé par l'inspectrice ou l'inspecteur.



**Ministère de la Santé
et des soins de**

**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***

**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

Date du rapport	N° de l'inspection	N° de registre	Type d'inspection
13 mars 2018	2018_548592_0002 (A1)	013373-17	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes



**Ministère de la Santé
et des soins de**

**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***

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 des inspectrices

MELANIE SARRAZIN (592) (A1)



**Ministère de la Santé
et des soins de**

**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***

Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 29 et 30 janvier 2018.

Cette inspection de la qualité des services aux personnes résidentes comprenait également ce qui suit :

Neufs registres relativement à un incident critique que le foyer avait soumis au ministère :

Registres n^{os} 010936-17, 022249-17, 026718-17, 028493-17 et 011084-17 relativement à des allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel, et registres n^{os} 011388-17, 020665-17, 026495-17 et 016762-17 relativement à une chute et une blessure.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : directrice générale/directeur général des soins de longue durée (DGSLD), administratrice, directrice/directeur des soins (DDS), diététiste agréé(e), chef du service d'alimentation, ludothérapeute, commis(e) de salle commune, infirmière psychogériatrique, un médecin, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), membre de l'équipe de champions du Projet ontarien de soutien en cas de trouble du comportement (Projet OSTC), plusieurs préposé(e)s aux soins personnels (PSP), personnel d'entretien ménager, président(e) du conseil des familles, président(e) du conseil des résidents, plusieurs membres de familles et plusieurs personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont fait une visite des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre pertinentes du titulaire de permis, les habitudes de travail du personnel et les menus affichés. Elles ont observé des chambres de personnes résidentes et des aires communes des personnes résidentes. Elles ont examiné le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, une distribution de médicaments, deux services de repas, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et entre personnes résidentes.



**Ministère de la Santé
et des soins de**

**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***

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

**Services d'hébergement - Entretien ménager
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Observation de la restauration
Prévention des chutes
Conseil des familles
Hospitalisation et changement d'état de santé
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Nutrition et hydratation
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Activités récréatives et sociales
Rapports et plaintes
Conseil des résidents
Comportements réactifs
Soins de la peau et des plaies**

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

**12 AE
7 PRV
2 OC
0 RD
0 OTA**

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions****AE** – Avis écrit**PRV** – Plan de redressement volontaire**RD** – Renvoi de la question au direct**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.

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. 6. Programme de soins

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

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

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, ch. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, ch. 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).

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

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

Constatations :

En particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour la personne résidente;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

La personne résidente 011 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, notamment un trouble neurologique qui affecte sa mobilité et son aptitude à être autonome pour les soins personnels.

Une comparaison de trois mois entre les deux dernières évaluations de la personne résidente dans le RAI-MDS en matière de continence indiquait un déclin de sa continence. Elle était passée de l'état d'habituellement continente à celui d'occasionnellement incontinente. Un examen de la documentation figurant dans le logiciel PointClickCare (PCC) au cours d'une période particulière de deux semaines en 2018, indiquait que la personne résidente avait été incontinente plusieurs fois au cours de cette période de deux semaines.

Lors d'un entretien le 10 janvier 2018, la personne résidente 011 a indiqué à l'inspectrice 550 que parfois, quand elle utilise la sonnette d'appel pour avoir de l'aide pour l'élimination, le personnel met plus de vingt minutes à répondre à l'appel, ce qui donne lieu à de l'incontinence de la part de la personne résidente.

Le 18 janvier 2018, l'inspectrice a eu un entretien avec la/le PSP 125 qui était la/le PSP qui s'occupait de la personne résidente. La/le PSP a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 011 utilise la sonnette d'appel pour demander l'assistance du personnel pour l'élimination. La personne résidente est totalement tributaire du personnel pour l'élimination; il effectue des soins périnéaux et arrange les vêtements de la personne résidente par la suite. La personne résidente porte un produit pour incontinence en tout temps.

L'inspectrice 550 a examiné les documents dans le logiciel PointClickCare sur une période de deux semaines en 2018, et a remarqué qu'ils indiquaient que la personne résidente 011 avait été sujette à de l'incontinence fécale plusieurs fois au cours de cette période. L'inspectrice a examiné le programme de soins et le kardex réels de la personne résidente ainsi que le logiciel Point-of-Care, tous révisés à une certaine date de 2017, et elle a remarqué qu'ils n'indiquaient pas que la personne résidente était occasionnellement incontinente, et qu'il n'y avait pas non plus d'information concernant les soins qu'elle nécessitait pour prévenir et traiter une telle incontinence.

Lors d'un entretien, l'administratrice et la directrice/le directeur des soins (DDS) ont confirmé à l'inspectrice que le programme de soins écrit de la personne résidente 011, y compris le kardex, devraient mentionner son incontinence et les interventions en place afin de définir des directives claires pour le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour la personne résidente;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

La personne résidente 011 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics dont un trouble neurologique qui affecte sa mobilité et son aptitude à être autonome pour les soins personnels.

Lors d'une entrevue le 10 janvier 2018, la personne résidente 011 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle avait une douleur et des saignements aux gencives en raison d'un manque d'hygiène. Elle a déclaré que le personnel ne lui fournissait des soins buccaux qu'une fois par jour. L'inspectrice a remarqué des taches brunâtres sur la taie d'oreiller de la personne résidente.

Le 18 janvier 2018, l'inspectrice a eu un entretien avec la/le PSP 125 qui était la/le PSP qui s'occupait de la personne résidente. La/le PSP 125 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente est totalement tributaire du personnel pour les soins buccaux, car elle n'est pas capable de les faire. Les soins buccaux doivent être faits matin et soir.

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins et le kardex réels de la personne résidente et a remarqué l'absence de dispositions pour les soins buccaux. Les deux documents n'indiquaient pas que la personne résidente nécessitait une assistance totale du personnel, ni les objectifs ou les interventions en matière de soins buccaux.

Lors d'un entretien, l'administratrice et la directrice/le directeur des soins (DDS) ont confirmé à l'inspectrice que le programme de soins écrit de la personne résidente 011, y compris le kardex, devraient mentionner qu'elle dépend du personnel pour les soins buccaux, en incluant des objectifs et des interventions afin d'établir des directives claires à l'intention du personnel.

3. On a remarqué que la personne résidente 042 avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente 042; il indiquait que l'on avait remarqué qu'elle avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps à son retour de l'hôpital à une certaine date de 2017. Selon les ordres actuels de la/du médecin, la personne résidente 042 a toujours une altération de l'intégrité épidermique, et le traitement actuel consiste à nettoyer deux fois par semaine les zones affectées avec un produit spécifié, et à les couvrir avec des pansements spécifiques.

Le 18 janvier 2018, l'inspectrice 592 a observé la personne résidente 042 assise avec un vêtement particulier mis sur les pansements qui recouvraient les endroits de la peau qui étaient affectés.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, la/le PSP 101, que l'on désigne comme étant la personne soignante principale pour la personne résidente 042, a indiqué à l'inspectrice que celle-ci avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps dont le personnel infirmier autorisé s'occupait. La/le PSP 101 a dit en outre que les PSP doivent veiller à ce que la personne résidente ne porte pas certains vêtements, mais plutôt un vêtement spécifique qui recouvre légèrement les pansements, car la personne résidente ressent de l'inconfort dans les endroits affectés. La/le PSP 101 a dit en outre qu'il n'y avait pas d'autres interventions particulières en place pour la personne résidente 042, hormis de signaler à l'infirmière ou à l'infirmier si les pansements n'étaient plus intacts.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, l'IA 119 a indiqué que la personne résidente 042 avait été hospitalisée à une certaine date de 2017 et qu'elle était revenue avec une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps. L'IA 119 a indiqué en outre que l'on utilisait une surface thérapeutique spéciale pour la personne résidente, et que les interventions consistaient à faire son pansement deux fois par semaine à l'aide de pansements particuliers. L'IA a indiqué en outre que les PSP devaient veiller à ce que la personne résidente 042 ne subisse pas de pression ou de frottement dans les endroits affectés, et que l'on devait la changer de position et la tourner régulièrement. L'IA 119 a indiqué que, quand la personne résidente 042 est au lit, on devait mettre un oreiller sous un certain endroit du corps pour éviter que les endroits affectés touchent le matelas. L'IA 119 a indiqué que les interventions spécifiques étaient documentées et identifiées dans le programme de soins de la personne résidente, dans le kardex et le logiciel POC, afin que les PSP fournissent les soins spécifiés.

L'inspectrice 592 a examiné le programme de soins actuel de la personne résidente 042. Les interventions susmentionnées citées par l'IA 119 ne figuraient pas dans le programme de soins. De plus, on n'a trouvé aucune documentation concernant les soins prévus pour l'altération de la peau de la personne résidente 042, on n'avait fourni aucun objectif et aucune directive à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 042.

Le 19 janvier 2018, lors d'un entretien avec l'administratrice, on a effectué un examen du programme de soins écrit de la personne résidente 042. L'administratrice a été incapable de trouver de la documentation concernant l'intégrité épidermique de la personne résidente 042. Elle a indiqué à l'inspectrice que le foyer s'attendait à ce que toute personne résidente courant un risque d'altération de la peau, et dont on a déterminé qu'elle avait une altération de l'intégrité épidermique, ait un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour elle, les objectifs et des directives claires à l'intention du personnel qui fournit des soins directs à la personne résidente.

4. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 6 (1)a) de la Loi en ce sens qu'il a omis de veiller à ce qu'il y ait, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établisse les soins prévus pour la personne résidente.

La personne résidente 013 a subi une chute à une certaine date de 2017. L'inspectrice 138 a examiné son dossier médical, notamment le programme de soins tel qu'il est défini par le foyer, et elle a remarqué que ce programme mentionnait des interventions en matière de prévention des chutes. L'inspectrice 138 a observé la personne résidente et sa chambre, et remarqué plusieurs interventions de prévention de chutes éventuelles qui ne figuraient pas dans son programme de soins. Il s'agissait notamment de deux dispositifs de sécurité particuliers pour la personne résidente quand elle était assise dans un fauteuil roulant, et d'un autre dispositif de sécurité particulier à côté de son lit.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec le personnel concernant les interventions de prévention des chutes pour la personne résidente 013. La/le PSP 116 a déclaré que la personne résidente 013 avait deux dispositifs de sécurité particuliers sur son fauteuil roulant pour l'empêcher de tomber. La/le PSP a ajouté en outre que la personne résidente 013 tombait souvent en essayant de sortir du fauteuil roulant après avoir désactivé un des dispositif de sécurité, et que l'on avait donc récemment ajouté un second dispositif de sécurité à son fauteuil roulant. En outre, l'inspectrice 138 s'est entretenue avec la/le PSP 106 au sujet des interventions en matière de prévention des chutes pour la personne résidente 013. La/le PSP 106 a décrit plusieurs interventions en matière de prévention des chutes pour la personne résidente, dont l'utilisation de deux dispositifs de sécurité particuliers, mais aussi d'un autre dispositif de sécurité spécifique à côté de son lit.

L'inspectrice 138 a de nouveau examiné le programme de soins de la personne résidente 013. Elle n'a pas été en mesure de localiser les interventions susmentionnées en matière de prévention des chutes pour la personne résidente 013 : l'utilisation d'une part de deux dispositifs de sécurité particuliers sur son fauteuil pour l'empêcher de se lever, et d'autre part d'un autre dispositif spécifique à côté de son lit.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour la personne résidente 013 énonce les soins prévus en matière de prévention des chutes.

5. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la Loi en ce sens qu'il n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Cette inspection concerne le registre n° 026495-17.

L'inspectrice 138 a examiné un rapport d'incident critique qui précisait que l'on avait diagnostiqué que la personne résidente 044 avait une blessure à une certaine partie du corps à une date spécifiée de 2017, après qu'elle eut fait état d'une douleur à la suite d'un transfert.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec l'administratrice du foyer concernant ce rapport d'incident critique. L'administratrice a déclaré avoir effectué une enquête interne, et elle en a fourni les documents à l'inspectrice. L'inspectrice a examiné les documents de l'enquête interne, le dossier médical de la personne résidente, et elle s'est entretenue avec plusieurs membres du personnel concernés par l'incident. Voici un résumé des événements :

La personne résidente 044 subissait un certain déclin de ses capacités au moment du transfert déterminé. Elle a appelé un membre de sa famille, en lui indiquant que quand un membre du personnel avait soulevé un certain endroit de son corps, elle avait eu mal. À son tour, le membre de la famille avait appelé l'IAA du poste du soir, l'IAA 128, pour lui faire part du sujet d'inquiétude. Il y avait eu un certain malentendu de la part de l'IAA 128 concernant ce signalement fait par le membre de la famille, toutefois la personne résidente a continué de se plaindre d'une douleur à un certain endroit du corps, en particulier à compter du jour où elle avait contacté un membre de sa famille, en continuant de se plaindre pendant deux jours de plus.

Puis, trois jours après que la personne résidente eut contacté un membre de la famille, la/le PSP 127 a remarqué que celle-ci avait une altération de l'intégrité épidermique à une certaine partie du corps, et en avait fait rapport à l'IAA 128. On avait envoyé la personne résidente passer des examens le lendemain, par suite de l'altération de l'intégrité de sa peau et de ses plaintes concernant une douleur, et l'on avait diagnostiqué le même jour qu'elle avait une lésion à une certaine partie du corps. L'état de santé de la personne résidente avait continué de se détériorer et elle était décédée au foyer.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec l'administratrice qui a déclaré que l'on avait commencé une enquête interne quand on avait diagnostiqué que la personne résidente 044 avait une blessure à une partie spécifique du corps. Dans le cadre de cette enquête, l'administratrice s'était entretenue avec le personnel, notamment avec la/le PSP 103 qui avait fourni des soins à la personne résidente 044 le jour où le transfert avait eu lieu. Selon l'administratrice, la/le PSP 103 a indiqué que la personne résidente avait fait l'objet d'un transfert en pivot à l'aide d'une personne au lieu d'un transfert avec un lève-personne mécanique. La/le PSP 103 a dit avoir l'habitude de transférer la personne résidente 044 par transfert en pivot à l'aide d'une personne, parce qu'elle manifestait des comportements réactifs quand on la transférait avec un lève-personne mécanique. Ces comportements de la personne résidente consistaient notamment à hurler, à menacer de dénoncer le membre du personnel, et à frapper le lève-personne mécanique.

L'administratrice a fourni à l'inspectrice 138 une copie d'une lettre de mesures disciplinaires qui mentionnait que la/le PSP 103 avait fait l'objet d'une journée de suspension sans solde pour avoir transféré la personne résidente 044 sans lève-personne mécanique conformément à son kardex et à son programme de soins.

L'inspectrice 138 a examiné le programme de soins de la personne résidente 044 dans le logiciel PointClickCare au moment de l'incident, et a remarqué qu'il comportait des instructions pour l'utilisation d'un lève-personne mécanique lors des transferts de la personne résidente. L'inspectrice 138 s'est entretenue séparément avec les PSP 101 et 127, qui ont déclaré que la personne résidente 044 devait être transférée au moyen d'un lève-personne que l'on utilisait pour elle depuis de nombreux mois.

L'inspectrice 138 a examiné plus avant le dossier médical de la personne résidente 044 et a remarqué, dans les notes d'évolution, que le jour de l'incident la personne résidente 044 était fâchée contre la/le PSP 103 concernant un transfert fait par elle/lui, et qu'elle se plaignait d'une douleur à un certain endroit du corps. Cette note d'évolution mentionnait également qu'un membre de la famille de la personne résidente avait appelé le foyer pour indiquer que celle-ci avait téléphoné et était contrariée. Les notes d'évolution des deux

jours suivants indiquaient que la personne résidente se plaignait d'une douleur et recevait des analgésiques pour le même endroit du corps. La personne résidente se plaignait d'une douleur au même endroit du corps trois jours après l'incident, et cette fois-ci on avait découvert une altération de l'intégrité épidermique à un certain endroit du corps lors d'une évaluation. Les notes d'évolution indiquent en outre que la personne résidente avait passé un examen le lendemain, et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une blessure à une certaine partie du corps. Les notes d'évolution indiquent que l'état de santé de la personne résidente 044 s'était détérioré, et la personne résidente était décédée au foyer. Le certificat médical de décès daté d'une certaine date mentionnait comme cause immédiate du décès une blessure à une certaine partie du corps et un autre état pathologique.

L'inspectrice a examiné plus avant le rapport d'enquête sur l'incident critique fourni par le foyer et daté d'une certaine date. Il s'agit d'un document interne du foyer qui énonce le résultat de l'examen que le foyer a fait de l'incident. Ce rapport mentionnait que la blessure de la personne résidente 044 avait fort probablement été causée par le transfert en pivot à l'aide d'une personne effectué par un membre du personnel des PSP, que l'état de la personne s'était détérioré de façon importante après la blessure, et qu'elle était décédée un certain jour.

Un précédent avis de non-conformité relatif au paragraphe 6 (7) de la Loi avait été émis en septembre 2015 à titre de plan de redressement volontaire (PRV) dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2015_285126_0035.

Cet incident, quoique limité à une personne résidente, a représenté un important préjudice réel pour la personne résidente 044.

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 049 fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût réexaminé et révisé lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus efficaces pour garder la personne résidente 049 à l'écart de la personne résidente 012.

La personne résidente 049 a été admise au foyer à une certaine date de 2016 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics dont de la démence.

Cette inspection concerne le registre n° 022249-17.

À une certaine date, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur; il décrivait un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu deux jours auparavant entre les personnes résidentes 049 et 012, au cours duquel on avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements inappropriés de nature sexuelle envers la personne résidente 049.

Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente 049, l'inspectrice 592 a remarqué qu'il y avait de la documentation concernant un autre incident de comportement et d'attouchements sexuels inappropriés, entre les personnes résidentes 049 et 012, qui datait de deux jours après le premier incident. Les notes d'évolution indiquaient qu'un membre du personnel avait vu la personne résidente 012 avoir le même comportement sexuel inapproprié envers la personne résidente 049.

Après examen du programme de soins écrit de la personne résidente 049, l'inspectrice 592 a remarqué que les interventions pour les mauvais traitements d'ordre sexuel présumés (étreintes et attouchements) d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente avaient commencé à une certaine date, trois mois avant les incidents de cas allégué de mauvais traitements d'ordre sexuel ayant fait l'objet d'un rapport, et constituaient l'un des problèmes dont on se préoccupait essentiellement pour la personne résidente 049. On remarquait en outre que l'on avait mis en place certaines interventions, comme veiller à ce que la personne résidente ne soit pas placée à côté d'une autre personne résidente du sexe opposé dans des endroits sans surveillance, et veiller à surveiller tout comportement inapproprié.

On n'avait mentionné aucune autre intervention dans le programme de soins écrit de la personne résidente 049 à la suite des deux incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Lors d'un entretien le 25 janvier, la directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué que l'on avait mis en place des interventions et fait un programme à la suite d'un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel dont on avait fait rapport trois mois avant les deux incidents entre les deux personnes résidentes identifiées. Néanmoins, après examen du programme de soins écrit, les interventions identifiées qui avaient fait l'objet d'une discussion avec l'équipe multidisciplinaire après le premier incident n'avaient pas toutes été ajoutées au programme de soins écrit de la personne résidente 049. On n'avait pas révisé le programme de soins, et l'on n'avait mis en œuvre aucune autre intervention après les deux incidents.

Autres mesures requises :

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

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 le respect de l'exigence selon laquelle il y a un programme de soins écrit pour chaque personne résidente qui établit les soins prévus pour la personne résidente, les objectifs que visent les soins, des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente, et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53. Comportements réactifs

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

Par. 53. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

- 1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 3. Des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 4. Des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**

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

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

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.
2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir.
3. Des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.
4. Des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Cette inspection concerne les registres n^{os} 022249-17, 011084-17, et 026718-17.

La personne résidente 012 a eu onze incidents au cours desquels elle a affiché des comportements de nature sexuelle envers les personnes résidentes 008 et 049 ainsi qu'envers des membres du personnel pendant neuf mois.

Au cours de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente 012, et lors d'entretiens avec les personnes suivantes : directrice générale/directeur général, administratrice, DDS, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé, plusieurs préposés aux soins personnels (PSP) et avec l'infirmière/l'infirmier psychogériatrique, on a déterminé que la personne résidente avait une personnalité hypersexualisée. La personne résidente n'avait pas été évaluée par l'équipe de psychogériatrie, le programme de soins écrit n'était pas toujours réexaminé et révisé après chaque incident pour mettre en œuvre de nouvelles interventions, certaines interventions n'étaient pas claires,

**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**

d'autres n'étaient pas mises en œuvre immédiatement, et l'on avait pas dirigé la personne résidente vers un membre du personnel de l'équipe de champions du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) après les incidents, comme on l'indique dans la constatation. Règl. de l'Ont., par. 53 (4).

Lors d'un entretien, le 26 janvier 2018, le membre 101 du personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il y a au foyer deux membres du personnel de cet organisme, un à chaque étage. Il est prévu que chacun d'eux travaille à chaque étage pendant un poste de travail par semaine (7,5 heures) le jour ou le soir. Le membre 101 du personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC a indiqué recevoir de la formation sur une base annuelle. On ne leur affecte pas des personnes résidentes particulières. Pour déterminer auprès de quelle personne résidente ils/elles interviendront durant leur poste de travail, ils/elles assistent au rapport de poste en début de poste, et interviennent ce jour-là auprès de toute personne résidente dont le rapport mentionne qu'elle a affiché des comportements réactifs. Ils/elles prêtent assistance pendant le repas du petit déjeuner et identifient les personnes qui affichent des comportements réactifs afin de savoir auprès de qui intervenir ce jour-là. Ils/elles aident également les PSP pour donner un bain aux personnes résidentes auxquelles il est difficile de donner un bain. Dans le « classeur de l'équipe de champions du Projet OSTC », ils/elles indiquent la date, le nom de la personne résidente et le motif de l'intervention auprès d'elle. Ils/elles documentent également le travail effectué dans les notes d'évolution de chaque personne résidente. Si un membre de l'équipe de champions du Projet OSTC a de la difficulté à gérer le comportement d'une personne résidente, il peut consulter l'infirmière ou l'infirmier psychogériatrique du Centre de santé mentale Royal Ottawa qui vient au foyer toutes les semaines pour rendre visite aux personnes résidentes que l'on a adressées à l'équipe d'intervention. Le membre 101 de l'équipe de champions du Projet OSTC a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir connaissance d'un programme structuré du foyer pour les comportements réactifs. Les mesures susmentionnées sont prises quotidiennement, mais il n'y a pas de processus structuré pour le Projet OSTC.

Lors d'un entretien le 25 janvier 2018, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice que le foyer n'avait pas à l'heure actuelle de programme établi en matière de comportements réactifs, avec des méthodes de soins mises par écrit, comme des protocoles de dépistage, des évaluations, réévaluations et identification des comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, des stratégies écrites, notamment des techniques et des interventions pour prévenir et minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir, des protocoles qui permettent de surveiller les personnes résidentes et de présenter des rapports internes, et des protocoles qui permettent de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées au besoin. L'administratrice a indiqué que ces mesures étaient mentionnées dans leur

planification stratégique et qu'ils avaient élaboré un programme, mais qu'il était à l'état d'ébauche à l'heure actuelle. Ce programme n'avait pas encore été présenté à leur personnel, mais ils prévoyaient le faire bientôt. La/le DG a également confirmé ce point à l'inspectrice 550 le 30 janvier 2018.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social, environnemental ou autre.

La personne résidente 007 a été admise au foyer à une certaine date, et l'on avait remarqué qu'elle avait des comportements réactifs.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente 007 sur une période de sept mois, pour un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, l'inspectrice 550 a remarqué dans ces notes que la personne résidente 007 avait affiché des comportements d'agression à sept reprises. Il y avait deux incidents documentés où elle était physiquement agressive envers d'autres personnes résidentes, deux incidents où elle avait affiché des comportements agressifs physiques, et trois incidents où elle avait été verbalement agressive envers d'autres personnes résidentes.

Lors d'un entretien le 17 janvier 2018, l'administratrice et la directrice/le directeur des soins ont indiqué à l'inspectrice 550 que cette personne résidente a des comportements d'agression physique envers d'autres personnes résidentes et envers le personnel. Bien que ces deux personnes aient indiqué que l'on n'avait pas identifié de déclencheurs, elles ont informé l'inspectrice que quand la personne résidente n'est pas de bonne humeur, elle devient colérique et doit être étroitement surveillée, car cet état de choses peut déclencher une réaction agressive. On a mis en place des règles particulières que la personne résidente doit suivre. La personne résidente réagit s'il y a des personnes résidentes bruyantes à proximité. L'administratrice et la/le DG ont indiqué que la personne résidente était suivie par le membre de l'équipe de champions du Projet OSTC du foyer et qu'elle a à l'heure actuelle une gardienne individuelle/un gardien individuel lors de certains postes de travail afin de surveiller tout comportement. La personne résidente n'est pas admissible à une évaluation psychogériatrique. Il y a un classeur à attaches au poste infirmier qui comporte des directives pour la gardienne individuelle/le gardien individuel intitulées « 1:1 sitter instructions, resident #007, the RPN must review with sitter and ensure they sign » (directives pour la gardienne individuelle/le gardien individuel – personne résidente 007, à revoir par l'IAA avec la gardienne individuelle/le

gardien individuel et veiller à ce qu'il/elle signe). L'administratrice et la/le DG ont indiqué que, même si l'on mentionne le comportement agressif de la personne résidente et certaines interventions dans le classeur, il est destiné à la gardienne individuelle ou au gardien individuel, et n'est pas communiqué aux PSP qui s'occupent de la personne résidente.

Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente 007, l'inspectrice 550 a remarqué que le programme de soins écrit actuel n'indiquait pas l'éventualité d'agression physique et verbale de la personne résidente envers des personnes résidentes et des membres du personnel, les déclencheurs n'étaient pas documentés et les méthodes de soins ne l'étaient pas non plus.

Le 19 janvier 2018, le membre du personnel 116 du Projet OSTC a indiqué à l'inspectrice 592 que la personne résidente 007 a des comportements d'agression verbale et physique envers des membres du personnel et des personnes résidentes. La personne résidente aime contrôler l'unité, n'aime pas qu'on lui dise ce qu'elle doit faire, et n'aime pas les nouvelles personnes résidentes. Lorsque les choses ne se font pas selon ses désirs, elle devient agitée et agressive. Les membres du personnel ont beaucoup de difficultés à gérer les comportements de la personne résidente, car elle ne les écoute pas, et ils doivent souvent faire venir leur superviseur(e) pour la calmer. Le membre du personnel 116 du Projet OSTC a indiqué en outre ne pas être au courant de toutes les interventions en place pour gérer les comportements de la personne résidente, car elle a désormais une gardienne individuelle/un gardien individuel, et que c'est cette personne qui s'en occupe.

Le 30 janvier 2018, l'inspectrice 550 a eu un entretien avec la/le PSP 118 qui était la/le PSP qui s'occupait de la personne résidente. Il/elle a dit à l'inspectrice que la personne résidente a notamment des comportements d'agression physique et verbale envers des personnes résidentes et des membres du personnel. On observe souvent qu'elle se moque d'autres personnes résidentes et cherche querelle à d'autres personnes résidentes ou à des membres du personnel. Elle n'aime pas quand on lui impose des règles. La/le PSP 118 a indiqué qu'à l'heure actuelle la personne résidente a une gardienne individuelle/un gardien individuel lors de certains postes de travail pour la surveiller. Il est important que le personnel frappe à la porte de sa chambre et attende qu'elle réponde avant de pénétrer dans sa chambre, et d'éloigner de la chambre les personnes résidentes bruyantes, car cela peut déclencher le comportement agressif. La/le PSP a indiqué que quand la personne résidente 007 fait preuve d'agression physique ou verbale à l'égard de personnes résidentes, on éloigne d'elle les autres personnes résidentes et on lui dit de cesser. Ces interventions ne sont pas toujours efficaces, et le personnel doit souvent appeler le service de sécurité pour la calmer. La/le PSP 118 a indiqué que cette personne résidente est difficile à gérer.

Comme les faits le prouvent, on n'avait pas élaboré pour répondre aux besoins de la personne résidente 007, des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs.

3. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la disposition 53 (1)2 du Règlement en ce sens qu'il n'a pas veillé à ce que des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir, soient élaborées pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs.

L'inspectrice 138 a examiné un rapport d'incident critique qui mentionnait que la personne résidente 044 avait subi une blessure à une certaine partie du corps. L'enquête interne du foyer a démontré que son transfert en pivot à l'aide d'une personne, effectué par la/le PSP 103 au lieu d'un transfert à l'aide d'un lève-personne mécanique comme l'indiquait son programme de soins, était la cause probable de sa blessure.

L'inspectrice 138 a examiné les documents de l'enquête interne et a remarqué que la/le PSP 103 avait fait rapport au foyer que la personne résidente avait été transférée par transfert en pivot à l'aide d'une personne au lieu de l'être par un lève-personne mécanique, parce qu'elle détestait le lève-personne, hurlait et frappait le lève-personne pendant les transferts. L'inspectrice 138 s'est entretenue avec des membres du personnel, les PSP 125 et 127 et l'IAA 128, concernant les transferts de la personne résidente 044, et tous ont indiqué qu'elle devait être transférée par lève-personne mécanique, mais qu'elle avait une forte aversion pour son utilisation, hurlait et frappait le lève-personne pendant les transferts. La/le PSP 125 a déclaré en outre que la personne résidente criait fort, menaçait de dénoncer les membres du personnel, leur criait après en disant qu'on les détestait, et frappait la barre et les sangles du lève-personne. La/le PSP 125 a également indiqué que la personne résidente 044 aimait mieux certains membres du personnel que d'autres, et qu'elle disait des insultes à ceux qu'elle n'aimait pas. La/le PSP 125 a déclaré que les interventions utilisées pour faire face aux comportements de la personne résidente 044 lors de l'utilisation d'un lève-personne consistait à trouver un membre du personnel qu'elle aimait, à parler calmement à la personne résidente avant le transfert et à lui expliquer pourquoi il fallait utiliser le lève-personne mécanique.

L'inspectrice 138 a examiné le dossier médical de la personne résidente 044, notamment le programme de soins, tel qu'il est défini par le foyer. Elle a remarqué que le programme de soins indiquait qu'il était prévu que la personne résidente 044 fasse l'objet d'un transfert à deux personnes à l'aide d'un lève-personne mécanique, toutefois, le dossier médical, y compris le programme de soins, ne mentionnaient pas les comportements réactifs susmentionnés lors des transferts par lève-personne, et ils ne mentionnaient pas non plus des stratégies écrites pour venir à bout de ces comportements réactifs.

4. Le titulaire de permis a expressément omis de veiller à ce que, pour chaque personne résidente qui affiche des comportements réactifs,
c) des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées. (Il s'agit d'une ordonnance de conformité.)

Cette inspection concerne les registres n^{os} 022249-17, 011084-17, et 026718-17.

La personne résidente 012 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics dont une démence non spécifiée.

À une certaine date de 2017 on a signalé, par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'attouchements inappropriés de nature sexuelle. On avait fait rapport que trois jours auparavant, l'IAA 140 avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements inappropriés de nature sexuelle envers la personne résidente 049.

Trois mois plus tard, on avait soumis au directeur un rapport d'incident critique décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 012, au cours duquel on avait été témoin que la personne résidente 012 avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Trois mois plus tard, à la suite du second incident dont on avait fait rapport, on avait signalé par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. On avait fait rapport que la personne résidente 012 était entrée dans la chambre de la personne résidente 008 et lui avait demandé si elle voulait être plus qu'une simple amie. Quand la personne résidente 008 avait refusé, la personne résidente 012 avait fait des commentaires verbaux inappropriés en hurlant et en riant de la personne résidente 008.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 012 sur une période de 11 mois, et elle a remarqué un total de huit autres incidents de comportements inappropriés et d'attouchements de nature sexuelle entre les personnes résidentes 012 et 49. Il y avait aussi deux autres incidents de nature sexuelle de la personne résidente 012 envers des membres du personnel à deux dates précises de 2018.

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de fournir un consentement au moment où les incidents de comportement inapproprié et d'attouchements de nature sexuelle s'étaient produits.

L'inspectrice 550 s'est entretenue le 25 janvier 2018 avec la/le DG, l'administratrice et la/le DDS. Ces personnes ont indiqué que la personne résidente 012 était obsédée par la personne résidente 049. La/le DDS a indiqué qu'après qu'ils aient eu connaissance du premier incident, la/le médecin avait demandé une consultation de psychogériatrie à l'équipe d'intervention, mais que la personne résidente n'avait pas encore été évaluée. La personne résidente 012 avait été vue au foyer par l'infirmière/l'infirmier psychogériatrique et par le membre du personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC pour gérer les comportements sexuels. On avait mis en œuvre une surveillance individuelle après le premier incident et changé la place de la personne résidente 012 dans la salle à manger pour qu'elle ne soit plus assise avec la personne résidente 049. Après le deuxième incident, on avait déménagé la personne résidente 012 à un autre étage du foyer afin qu'elle ne soit plus en contact avec la personne résidente 049. La directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué que depuis lors la personne résidente n'avait plus affiché de comportements sexuels.

À une certaine date, la/le DDS avait modifié le rapport d'incident critique soumis pour le premier incident, afin d'indiquer que la/le médecin avait ajusté la médication de la personne résidente, car celle-ci essayait toujours de faire des gestes de nature sexuelle. La personne résidente faisait actuellement l'objet d'une surveillance individuelle, une autre personne résidente qui semblait être en concurrence avec la personne résidente 012 pour attirer l'attention de la personne résidente 049 avait été transférée à un autre étage, et l'on avait mis à jour le programme de soins. Une note d'évolution datée de 17 jours après le premier incident et rédigée par la/le DDS indiquait que le personnel devait s'assurer que les deux personnes résidentes étaient assises à des tables différentes pour les repas; le personnel devait les surveiller et, si elles étaient assises l'une à côté de l'autre, il devait encourager gentiment l'une d'elles à changer de place. Si le personnel remarquait des comportements sexuels, il devait recourir à la méthode de persuasion par la douceur pour séparer les personnes résidentes tout en leur offrant un soutien affectif. Le personnel devait documenter tout comportement observé et la réaction de ces personnes résidentes, et il devait suivre les étapes susmentionnées pour

réduire au minimum le contact et les interactions entre ces personnes résidentes.

La/le DDS avait ajouté les mêmes interventions au premier rapport d'incident critique, 21 jours plus tard à titre de « plan d'action en matière de comportement ». Un mois après l'incident, une note d'évolution rédigée par l'IA 143 indiquait que l'on avait maintenant changé l'attribution des places dans la salle à manger, et que la personne résidente 012 prenait désormais ses repas dans une salle à manger différente. L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 012 en place au moment des incidents et jusqu'en janvier 2018; elle n'a pas été en mesure de trouver que l'on avait ajouté ces interventions au programme de soins.

On remarquait qu'onze jours après le premier incident dont on avait fait rapport, la/le DDS avait ajouté au programme de soins écrit la mention suivante : « déterminer ce qui a déclenché le comportement ou ce qui y a conduit, veiller à ce que les personnes résidentes ne soient pas assises l'une à côté de l'autre, et surveiller l'apparition de tout comportement inapproprié ». Mais il n'y avait pas de mention indiquant à côté de quelle personne résidente la personne résidente 012 ne devait pas être assise.

Environ un mois après le premier incident dont on avait fait rapport, l'IA 126, infirmière/infirmier en pratique avancée, a examiné les interventions pour la personne résidente et a ajouté : « rester calme, et éviter les réactions de colère envers la personne résidente ».

Toutes les autres interventions étaient datées de 2016. Il n'y avait aucune indication que l'on avait réexaminé le programme de soins de la personne résidente après chaque incident. La directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué à l'inspectrice que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été réexaminé ni révisé après chaque incident, et qu'il ne comportait pas le « plan d'action en matière de comportement » qui avait été élaboré 21 jours après le premier incident.

La documentation fournie par l'administratrice indiquait que la supervision individuelle avait été mise en œuvre plusieurs jours après la date d'un incident particulier, pendant trois jours, lors de certains postes. Pour le second incident dont on avait fait rapport, la supervision individuelle avait commencé le lendemain, pendant trois jours lors de certains postes. Et pour le troisième incident dont on avait fait rapport, la surveillance individuelle avait commencé le lendemain, pendant six jours pour un poste spécifié.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. La/le médecin de la personne résidente au foyer avait fait une consultation plusieurs semaines après le premier incident dont on avait fait rapport, et demandé une évaluation psychogériatrique de la personne résidente en raison d'une augmentation du nombre de comportements relativement à toute intervention du personnel, et en raison d'une nouvelle relation « possessive » avec une personne résidente. La/le médecin a également indiqué avoir augmenté la dose d'un certain médicament, car il avait déjà été bénéfique pour gérer les comportements sexuels de la personne résidente, et la/le médecin avait aussi commencé l'administration d'un autre médicament en même temps. Il y avait une feuille d'envoi par télécopieur, datée de deux jours plus tard, après que la demande de consultation eut été faite par la/le médecin de la personne résidente, et une note manuscrite de l'IA 119 sur le « Geriatric Psychiatric Outreach Program Referral Form » (formulaire d'aiguillage vers le programme d'intervention en psychiatrie gériatrique) avec la mention « a été télécopié ». L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant qu'une consultation psychogériatrique avait eu lieu.

Lors d'un entretien téléphonique, le 30 janvier 2018, l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir reçu de demande de consultation pour cette personne résidente. Il/elle a indiqué que l'on avait suggéré à la/au DDS de transférer la personne résidente à un autre étage, et que cela avait finalement été fait. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie avait fait un suivi avec le foyer pour voir si la personne résidente manifestait davantage de comportements, et on lui avait dit que depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage elle n'affichait plus d'autres comportements. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie avait vérifié auprès de la/du DDS pour voir si la personne résidente devait encore être évaluée par l'équipe de psychogériatrie, et on lui avait dit que la personne résidente 012 n'avait plus de comportements sexuels depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage. On n'avait pas informé l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie des deux derniers incidents de comportement sexuels envers des membres du personnel qui avaient eu lieu après le déménagement de la personne résidente à un autre étage.

La/le DDS avait par la suite confirmé à l'inspectrice que l'on n'avait pas télécopié la demande de consultation de psychogériatrie à l'infirmière-conseil en psychogériatrie, que l'IA 119 avait oublié de la télécopier et que l'on n'avait fait aucun autre suivi avec l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie après les deux derniers incidents identifiés.

Lors d'un entretien le 26 janvier 2018, la/le PSP 101, membre de l'équipe de champions du Projet OSTC, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 012 avait des comportements sexuels inappropriés, hurlait fort, et pouvait être agressive envers d'autres personnes résidentes. Le membre de l'équipe de champions du Projet OSTC travaille un jour par semaine à cet étage; les membres de cette équipe d'une part voient les personnes résidentes que l'on a identifiées lors du rapport de poste comme affichant des comportements réactifs et les personnes qui affichent des comportements réactifs au petit-déjeuner dans la salle à manger, ils aident d'autre part les membres du personnel à donner le bain aux personnes résidentes difficiles. Quand les membres de l'équipe de champions du Projet OSTC voient une personne résidente, ils doivent inscrire dans le « classeur de l'équipe de champions du Projet OSTC » la date, le nom de la personne résidente ayant fait l'objet de la visite et le motif de la visite. Ils documentent également les faits dans les notes d'évolution. Le membre du personnel du Projet OSTC a montré à l'inspectrice dans le classeur une période de six mois au cours de laquelle la personne résidente 012 avait été vue par le Projet OSTC. Il y avait un total de 22 dates saisies pour la personne résidente 012 pendant cette période. La documentation concernait des comportements spécifiques comme :

Hurler

Crier au moment des repas

Essayer d'embrasser la personne résidente 049

Faire preuve d'impolitesse envers le personnel

Opposer de la résistance aux soins

Faire du bruit

Se battre avec une autre personne résidente

Ressentir de l'anxiété et avoir un comportement vocalement inapproprié.

Il n'y avait aucun document indiquant que le personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC avait des interventions particulières qu'il avait utilisées en intervenant auprès de la personne résidente après chacun des comportements susmentionnés.

Le membre 101 de l'équipe de champions du Projet OSTC a confirmé que les notes rédigées pour la personne résidente 012 étaient les seules, car le Projet OSTC n'était pas intervenu auprès de la personne résidente hormis les 22 fois qui étaient documentées.

Comme en témoigne ce qui précède, les mesures prises pour répondre aux besoins de la personne résidente 012 ne comprenaient pas des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions de la personne résidente aux interventions n'étaient pas documentées.

La portée et la gravité de ce non-respect ont été examinées par l'inspectrice. Le fait que la personne résidente 012 ait manifesté des comportements de nature sexuelle envers la personne résidente 049 lors de neuf incidents sur une période de cinq mois et que, même après avoir été déplacée à un étage différent, elle ait continué de manifester des comportements de nature sexuelle lors d'incidents envers une personne résidente déterminée et envers le personnel, constitue un grand risque de préjudice pour ces personnes.

Autres mesures requises :

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

PVR - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle des méthodes écrites en matière de soins, y compris des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social, environnemental ou autre, sont élaborés pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre 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 :

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

Constatations :

Le titulaire de de permis n'a pas veillé à ce que l'on respecte sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Conformément à l'article 20 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 20 (2)e), la politique doit comprendre 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.

Cette inspection concerne les registres n^{os} 028493-17, 022249-17, 011084-17, et 010936-17.

L'inspectrice 592 a examiné la politique du titulaire de permis CLIN CARE 32 LTC, intitulée « Abuse and Neglect, Long Term Care » (mauvais traitements et négligence, soins de longue durée), révisée en décembre 2016 et en octobre 2017, et fournie par l'administratrice. Il s'agissait de la politique de prévention des mauvais traitements du foyer au moment où les incidents se sont produits.

La politique indiquait ce qui suit à la rubrique Marche à suivre pour présenter des rapports :

4.1 Le membre du personnel qui est témoin de mauvais traitements ou de négligence, qui croit qu'une personne résidente a été ou risque de faire l'objet de mauvais traitements ou de négligence, ou bien qui est informé, par une personne résidente ou par une personne en visite, de l'existence de mauvais traitements ou de négligence, fait immédiatement rapport de la situation à une infirmière ou un infirmier, à un membre du personnel de supervision, à l'administratrice, à la directrice ou au directeur des soins, à la directrice générale ou au directeur général, à la personne qui la/le remplace, ou directement au directeur du MSSLD. [traduction]

4.3 Obligation de faire rapport à la police : Dans des situations de violence pouvant constituer une infraction criminelle, l'administratrice, la directrice/le directeur des soins ou la personne qui les représente (en dehors des heures de travail : l'infirmière clinicienne surveillante/l'infirmier clinicien surveillant ou de garde) avise immédiatement la police de tout incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence. Des arbres de décision pour avoir de plus amples renseignements sur la question de savoir s'il faut ou non contacter la police figurent à la section 10 du présent document. [traduction]

4.7 Tous les cas graves de mauvais traitements, notamment tous les incidents de mauvais traitement d'ordre sexuel, sont considérées être des incidents critiques, et l'administratrice, la directrice/le directeur des soins ou la directrice générale/le directeur général doivent en faire rapport au groupe d'examen des incidents critiques selon ce qui figure dans la politique intitulée « Risk Management 02 Critical Incident Reporting and Risk Management 02 LTC Critical Incident Reporting: Residents (gestion des risques 02 – présentation de rapport d'incidents critiques et gestion des risques 02 SLD – présentation de rapport d'incidents critiques). [traduction]

La politique indiquait ce qui suit à la rubrique Divulgation :

5.2 Si la personne résidente est incapable, l'administratrice, la directrice/le directeur des soins ou la personne qui les représente avise immédiatement la mandataire spéciale/le mandataire spécial (à condition qu'il ne s'agisse pas de l'auteur(e) des mauvais traitements) de tout cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence qui a causé des lésions corporelles ou de la douleur à la personne résidente ou des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être. Dans tous les autres cas, la divulgation doit se faire dans les 12 heures. [traduction]

La politique indiquait ce qui suit aux rubriques Enquête et Suivi :

L'administratrice, la directrice/le directeur des soins ou la personne qui les représente :

6.2 Veille à ce que tous les incidents de cas observés de mauvais traitement ou de négligence et les situations où des cas allégués ou soupçonnés de mauvais traitement ou de négligence font l'objet d'un suivi soient saisis dans le Risk Incident Management System (RIMS). [traduction]

7.1 Le personnel clinique qui est témoin d'un événement ou à qui on en fait rapport doit documenter dans les notes d'évolution la nature de l'incident, l'heure à laquelle il a eu lieu, l'état de la personne résidente, le nom des personnes avisées, les interventions, les mesures de suivi, et la réaction de la personne résidente. [traduction]

Registre n° 022249-17 :

On a soumis au directeur un rapport d'incident critique décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu à une certaine date de 2017 entre les personnes résidentes 049 et 012, au cours duquel on avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.



Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 012, l'inspectrice 592 a remarqué qu'il y avait de la documentation concernant un autre incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 012, daté du même jour que celui où l'on avait soumis le rapport d'incident critique au directeur. Les notes d'évolution indiquaient qu'un membre du personnel avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

On a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 049 sur une période de six semaines, et il n'y avait pas de documentation concernant le premier incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel dont on avait envoyé le rapport au directeur.

L'inspectrice 550 a trouvé, documentés dans les dossiers médicaux de la personne résidente 012, huit autres incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 012 qui sont décrits plus loin dans le présent rapport aux termes du paragraphe 53 (4) du Règl. de l'Ont. Ces incidents n'étaient pas documentés dans les notes d'évolution de la personne résidente 049.

Le 25 janvier 2018, lors d'un entretien en présence de la/du DG et de l'administratrice, la/le DDS a indiqué que tous les incidents de mauvais traitement ou de négligence devraient faire l'objet d'un suivi par le personnel infirmier autorisé qui a été témoin de l'incident ou à qui on en a fait rapport à l'aide du Risk Incident Management System (RIMS). La/le DDS a indiqué en outre que le personnel infirmier documente également dans les notes d'évolution de la personne résidente la nature de l'incident, l'heure, l'état de la personne résidente, les mesures de suivi et la réaction de la personne résidente. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice ne pas être en mesure de trouver dans le RIMS de mention de l'incident dont on avait fait rapport, ni des huit autres incidents de cas allégués de mauvais traitement, et aucune information dans les notes d'évolution indiquant que l'on avait avisé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente ou la personne détentrice d'une procuration, les services policiers le cas échéant, et le directeur.

Registre n° 028493-17 :

À une certaine date de 2017, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour signaler un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 011 de la part de la personne résidente 007. On avait documenté que cinq jours plus tôt la personne résidente 011 avait signalé que la personne résidente 007 était entrée dans la chambre et avait eu des comportements sexuels d'attouchements inappropriés.

La personne résidente avait dû dire « non » à plusieurs reprises à la personne résidente 007 avant qu'elle cesse.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes 007 et 011, et n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant que l'on avait fait une enquête sur l'incident. Le jour où l'on avait fait rapport de l'incident à l'IAA 122, l'IAA avait documenté que la personne résidente 011 avait signalé à la/au PSP 116 que la personne résidente 007 était entrée dans la chambre, avait tenté de lui faire des attouchements inappropriés, même quand la personne résidente disait « non », et que l'on avait informé l'IA. Deux jours plus tard, la/le DDS avait documenté, dans les notes d'évolution de la personne résidente 011, avoir reçu un appel de l'IA 119 l'informant que la/le PSP 116 avait fait rapport la veille de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 011 et 007, et que l'IA avait oublié d'en faire rapport à l'administratrice ou à la/au DDS conformément à la politique du foyer relative aux mauvais traitements.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, l'IAA 122 a indiqué à l'inspectrice que le jour où l'on avait fait rapport de l'incident, il/elle était allée voir si la personne résidente 011 allait bien, mais n'avait pas enquêté davantage. Bien que l'IAA eût documenté que l'on avait fait rapport de l'incident à l'IA, l'IAA 122 ne l'avait pas fait, car l'IA était occupé(e) et l'IAA 122 avait oublié de l'informer ensuite. L'IAA 122 n'avait pas documenté dans les notes d'évolution l'état de la personne résidente, les interventions et la réaction de la personne résidente, car elle avait oublié de le faire. L'IAA 122 a confirmé à l'inspectrice que l'on avait considéré qu'il s'agissait d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel, car la personne résidente 011 avait dit « non » à la personne résidente 007.

Lors d'un entretien le 15 janvier 2018, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué à l'inspectrice que le foyer utilise un rapport du « RIMS » (Risk Incident Management System) pour enquêter sur les incidents. Dès que l'on met au courant l'administratrice, la/le DDS ou la personne qui les remplace, ils/elles doivent immédiatement remplir un rapport du RIMS. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir rempli un rapport du RIMS quand on l'avait mis(e) au courant de l'incident.

Registre n° 011084-17 :

À une certaine date de 2017, on a fait rapport au directeur d'un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente, à l'aide du système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi par la présentation d'un rapport d'incident critique. On avait fait rapport que l'IAA 140 avait trouvé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049. On avait remarqué que la personne

résidente 049 s'éloignait de la personne résidente.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 012 sur une période de 11 mois, et a remarqué de la documentation concernant sept incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 012 et 049. Ces sept incidents ne comprennent pas les incidents précédemment décrits dans ce rapport par l'inspectrice 592.

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de fournir un consentement au moment où les incidents de comportement inapproprié et d'attouchements de nature sexuelle s'étaient produits.

Lors d'un entretien, la/le DG a indiqué que l'on n'avait pas rempli de rapports du RIMS pour les incidents susmentionnés, sauf pour l'un d'entre eux.

Lors d'un entretien le 29 janvier 2018, l'IA 114 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on n'avait pas rempli de rapport du RIMS pour l'incident décrit ci-dessus, car ce n'était pas obligatoire de le faire à ce moment-là.

Les notes d'évolution rédigées par les membres du personnel autorisé 140, 142, 114, 139, 134, 133 et 141 n'indiquaient pas, pendant les sept incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel, les mesures de suivi et le nom des personnes avisées quand on avait fait rapport de ces incidents.

Registre n° 010936-17 :

À une certaine date de 2017, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur; il décrivait un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu quatre jours auparavant entre les personnes résidentes 049 et 050, au cours duquel la personne résidente 050 avait eu des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Une personne bénévole qui travaillait avec la/le ludothérapeute avait fait rapport de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Lors d'un entretien le 23 janvier 2018, la/le ludothérapeute avait indiqué qu'après avoir été mis(e) au courant, par la personne bénévole, du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, il/elle avait immédiatement fait rapport de l'incident à l'IA 119. La/le ludothérapeute a indiqué en outre avoir reçu des directives données par l'IA 119 pour écrire une note dans les notes d'évolution de la personne résidente 050 et pour aviser immédiatement la/le DDS. La/le ludothérapeute a indiqué avoir rédigé la note dans le

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue*

dossier de la personne résidente, mais que d'une manière ou d'une autre l'IA avait oublié d'aviser la/le DDS ce jour-là, et qu'il n'était pas prévu que l'IA revienne au foyer avant quatre jours.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice 592 que la/le ludothérapeute avait fait un rapport sur un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050. L'IA 119 a indiqué en outre que l'on avait demandé à la/au ludothérapeute de rédiger une note dans le dossier de la personne résidente 050 et de faire immédiatement rapport à la/au DDS. L'IA 119 a indiqué qu'étant donné que la/le ludothérapeute faisait partie du personnel cadre, il/elle avait les mêmes obligations que l'IA, et l'IA avait donc pensé à ce moment-là qu'il incombait également à la/au ludothérapeute de faire rapport de l'incident. L'IA a indiqué en outre que le lendemain, la/le ludothérapeute l'avait avisé(e) que la note n'était pas faite, car la/le ludothérapeute avait oublié de remplir les notes d'évolution, par conséquent l'IA avait demandé de faire une inscription tardive dans les notes d'évolution de la personne résidente. L'IA 119 a indiqué avoir eu l'impression qu'à ce moment-là l'incident avait été signalé à la/au DDS. Toutefois, l'administratrice avait dit ultérieurement à l'IA 119 que l'on n'avait pas fait rapport de l'incident, et que l'IA 119 aurait dû faire rapport de l'incident immédiatement à la/au DDS.

Lors d'un entretien, la directrice générale/le directeur général (DG) a indiqué à l'inspectrice 592 avoir été mis(e) au courant de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel pendant la fin de semaine qui avait suivi l'incident, lors de son travail à l'extérieur du foyer. La/le DG a indiqué en outre qu'après examen des dossiers médicaux de la personne résidente 050, il/elle avait vu la documentation rédigée par la/le ludothérapeute concernant le cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050 dans les notes d'évolution de la personne résidente 50. La/le DG a indiqué en outre qu'après avoir été mis(e) au courant, il/elle avait immédiatement communiqué avec la Ligne ACTION pour informer le directeur, et fait un suivi le lendemain avec l'IA 119 et la/le ludothérapeute pour ne pas avoir immédiatement fait rapport de l'incident au directeur.

Lors d'un examen des dossiers médicaux des deux personnes résidentes, on a également remarqué que l'on n'avait pas immédiatement avisé de l'incident de cas allégué de mauvais traitement les MS des personnes résidentes ou les personnes détentrices d'une procuration, les services policiers et le directeur. Cela avait été fait quatre jours plus tard, quand l'administratrice avait eu connaissance de l'incident allégué.

Par conséquent, on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050.

Comme le prouvent les incidents susmentionnés, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes n'a pas été respectée.

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 le respect de l'exigence selon laquelle le titulaire de permis se conforme à sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre 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. 33. Appareil d'aide personnelle empêchant ou restreignant la liberté de mouvement

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

Par. 33. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de ce dernier. LFSLD, S.O. 2007, chap. 8, paragraphe 33 (3).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 33 (3) de la Loi en ce sens qu'il n'a pas veillé à ce qu'un appareil d'aide personnelle ne soit utilisé pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière.

1) On a observé la personne résidente 011 au lit avec deux côtés de lit de grandeur ¼ en position relevée près de la tête du lit. L'inspectrice 138 s'est entretenue avec la/le PSP 116 concernant l'utilisation de côtés de lit pour la personne résidente 011. La/le PSP 116 a déclaré que la personne résidente 011 utilise les côtés de lit pour changer de position dans le lit, et la/le PSP a également affirmé que la personne résidente ne serait pas en mesure de déverrouiller les côtés de lit. Au cours d'une autre conversation, la directrice/le directeur des soins a déclaré que les côtés de lit sont des appareils d'aide personnelle pour la personne résidente 011.

L'inspectrice 138 a examiné le programme de soins tel qu'il est défini par le foyer pour la personne résidente 011, et elle n'a pas été en mesure de localiser de l'information concernant expressément l'utilisation de côtés de lit comme appareils d'aide personnelle pour la personne résidente.

2) On a observé la personne résidente 020 au lit avec deux côtés de lit de grandeur $\frac{1}{4}$ en position relevée près de la tête du lit. L'inspectrice 138 s'est entretenue avec les PSP 107 et 112 concernant l'utilisation de côtés de lit pour la personne résidente 020. Les deux PSP ont affirmé que la personne résidente utilisait les côtés de lit pour l'aider à se mettre au lit et à en sortir, ainsi que pour changer de position quand elle était au lit. La/le PSP 112 a déclaré en outre que la personne résidente ne serait pas en mesure de déverrouiller les côtés de lit. La directrice/le directeur des soins a déclaré que les côtés de lit sont considérés comme des appareils d'aide personnelle pour cette personne résidente.

L'inspectrice 138 a examiné le programme de soins tel qu'il est défini par le foyer pour la personne résidente 020, et elle n'a pas été en mesure de localiser de l'information concernant expressément l'utilisation de côtés de lit comme appareils d'aide personnelle pour la personne résidente.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les côtés de lit utilisés comme des appareils d'aide personnelle pour les personnes résidentes 011 et 020 fussent inclus dans le programme de soins de chacune de ces deux personnes résidentes.

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 le respect de l'exigence selon laquelle les appareils d'aide personnelle pour les personnes résidentes 011 et 020 qu'elles ne peuvent pas déverrouiller, sont inclus dans leur programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre 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 :

Par. 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 :

8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la disposition 73. (1)8 du Règlement en ce sens qu'il n'a pas veillé à fournir un service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

L'inspectrice 138 a observé le service des repas du déjeuner à un certain étage le 16 janvier 2018. Au cours du service des repas, elle a remarqué que les PSP apportaient le dessert à toutes les huit personnes résidentes d'une certaine salle à manger pendant que ces huit personnes résidentes commençaient de manger le mets principal du repas. L'inspectrice a remarqué que quatre des huit personnes résidentes avaient cessé de manger leur portion de mets principal quand on a apporté les desserts et qu'elles ne sont pas revenues à leur mets principal une fois leur dessert terminé. L'inspectrice a remarqué que ces quatre personnes résidentes mangeaient moins de 25 pour cent de la portion de leur mets principal du repas.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec la/le DDS concernant le fait que l'on apporte les desserts aux personnes résidentes avant qu'elles aient terminé la portion du mets principal du repas. La/le DDS a déclaré qu'il y a dans la cuisine de l'unité une liste des personnes résidentes qui peuvent avoir tous les plats de leur repas à la fois au lieu du service des repas un plat après l'autre. L'inspectrice a posé des questions à la/au DDS concernant le processus d'évaluation et où l'on pouvait trouver des évaluations qui corroborent le fait que les personnes résidentes sur la liste reçoivent tous les plats de leur repas à la fois. La/le DDS n'a pas été en mesure de fournir à l'inspectrice une orientation précise concernant les évaluations, mais a effectivement dit avoir mis à jour le programme de soins de chaque personne résidente sur la liste pour indiquer qu'elle pouvait avoir tous les plats du repas à la fois. La/le DDS a également déclaré qu'il/elle aussi avait observé qu'un certain nombre de personnes résidentes avaient cessé de

manger leur mets principal quand on apportait les desserts, et que c'était là un sujet de préoccupation.

La/le DDS a remis à l'inspectrice une copie de la liste de ces personnes résidentes qui pouvaient avoir tous les plats du repas à la fois. L'inspectrice a examiné cette liste et a remarqué que douze personnes résidentes y figuraient, y compris toutes les huit personnes résidentes de la salle à manger identifiée.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de cinq des personnes résidentes sur la liste susmentionnée, à savoir les personnes résidentes 020, 023, 028, 040 et 047. Elle a examiné les dossiers médicaux de chacune de ces personnes résidentes et, bien qu'elle remarquât que les programmes de soins de chacune d'elles avaient été mis à jour dans le logiciel PointClickCare à une certaine date de 2017 pour inclure un énoncé indiquant que la personne résidente pouvait recevoir tous les plats des repas en même temps, l'inspectrice n'a pas été en mesure de localiser d'évaluation concernant le fait que ces personnes résidentes le pouvaient.

L'inspectrice a eu un entretien avec la/le PSP 107 concernant la liste des personnes résidentes qui doivent recevoir tous les plats de leur repas en même temps. La/le PSP 107 a déclaré que seules les huit personnes résidentes dans la salle à manger identifiée recevaient tous les plats des repas en même temps, et que cette mesure visait à les empêcher de quitter la salle à manger avant qu'on leur donne le dessert.

L'inspectrice a tenté d'avoir un entretien avec les huit personnes résidentes de la salle à manger identifiée, et elle n'était parvenue à communiquer qu'avec deux : la personne résidente 028 et la personne résidente 020. Quand on lui a posé des questions sur le service des repas un plat après l'autre, la personne résidente 028 a déclaré que le personnel met tout devant les personnes résidentes pour qu'elles se dépêchent.

L'inspectrice a eu un entretien avec la/le diététiste agréé(e) du foyer concernant la liste des personnes résidentes à cet étage qui devaient recevoir tous les plats de leur repas à la fois. La/le diététiste agréé(e) a déclaré ne pas être au courant de l'existence d'une telle liste à l'heure actuelle, et a dit d'une part s'inquiéter du nombre de personnes résidentes sur la liste, et d'autre part avoir des préoccupations concernant certaines personnes de la liste.

Par conséquent, le titulaire de permis a omis de veiller à offrir aux personnes résidentes un service des repas un plat après l'autre à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

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 le respect de l'exigence selon laquelle il veille à offrir aux personnes résidentes un service de repas un plat après l'autre, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : 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 :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient expressément entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments,
ii. qui est sûr et verrouillé.

Pendant les observations des personnes résidentes effectuées le 9 janvier 2018 par l'inspectrice 592, et de nouveau le 22 janvier 2018 par l'inspectrice 550, les deux inspectrices ont remarqué les médicaments suivants entreposés dans des chambres de personnes résidentes dans des endroits déverrouillés :

**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***

- Personne résidente 014 : on remarquait sur le dessus de la table de nuit de la personne résidente un pot et un tube de deux différents types de crèmes prescrites, tous deux étiquetés au nom de la personne résidente.
- Personne résidente 015 : un pot de crème prescrite à moitié rempli, étiqueté au nom de la personne résidente, et un mode d'emploi pour l'appliquer deux fois par jour, dans une corbeille en plastique sur la table de nuit.
- Personne résidente 017 : deux tubes d'onguents prescrits étiquetés au nom de la personne résidente trouvés dans une corbeille en plastique sur le comptoir de la salle de bains de la personne résidente, et un inhalateur également étiqueté au nom de la personne résidente, avec un mode d'emploi spécifique, trouvé sur le siège de l'ambulateur de la personne résidente dans sa chambre.
- Personne résidente 020 : on remarquait dans une corbeille en plastique dans la salle de bains privée de la personne résidente, un pot de crème prescrite dont la date remontait à plusieurs mois, étiqueté au nom de la personne résidente, et un mode d'emploi pour l'appliquer pendant deux semaines. Le pot de crème n'avait pas de couvercle.
- Personne résidente 021 : cinq pots utilisés contenant différentes crèmes prescrites sur une étagère de la salle de bains de cette personne résidente.

Lors d'un entretien le 22 janvier 2018, la/le PSP 112 a indiqué à l'inspectrice que l'on n'était pas censé garder les crèmes médicamenteuses dans la chambre de la personne résidente, mais que si on ne les garde pas au chevet de son lit, les PSP ne sauront pas qu'ils/elles doivent appliquer la crème et ne connaîtront pas le mode d'emploi pour ce faire.

Le 23 janvier 2018, l'inspectrice 550 a eu un entretien avec la/le DDS qui a confirmé que tous les médicaments, y compris les crèmes médicamenteuses, doivent être entreposés à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé ou dans la salle des médicaments verrouillée. Il/elle a expliqué en outre avoir ordonné l'année dernière au personnel autorisé d'aller dans chaque chambre de personne résidente pour enlever tous les médicaments et toutes les crèmes médicamenteuses, mais ne pas avoir fait de suivi de cette question depuis.

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 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que les crèmes topiques soient entreposées dans un endroit ou dans un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments

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

Par. 131. (3) Sous réserve des paragraphes (4), (4.1) et (5), le titulaire de permis veille à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (3).

Par. 131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à une personne résidente au foyer.

Lors des observations de personnes résidentes effectuées le 9 janvier 2018 par l'inspectrice 592, et de nouveau le 22 janvier 2018 par l'inspectrice 550, les deux inspectrices ont remarqué que certaines personnes résidentes avaient dans leur chambre des crèmes médicamenteuses prescrites. Au cours d'entretiens, plusieurs PSP et une gardienne privée/un gardien privé ont indiqué ce qui suit à l'inspectrice 550 :

La personne résidente 015 avait, dans une corbeille en plastique sur la table de nuit, un pot de crème prescrite étiqueté à son nom et un mode d'emploi pour l'appliquer à un certain endroit. Lors d'un entretien le 22 janvier 2018, la gardienne privée/le gardien privé de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice que les soins personnels de la personne résidente se donnaient le matin, et que l'on applique la crème médicamenteuse prescrite à un endroit précis quand la peau est rouge. Parfois, la gardienne privée/le gardien privé applique la crème, et parfois c'est le personnel autorisé qui le fait.

La personne résidente 017 avait deux tubes d'onguents prescrits étiquetés à son nom, dans une corbeille en plastique sur le comptoir de sa salle de bains. Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, la/le PSP 132 a indiqué à l'inspectrice que, lorsque la personne résidente le demande, la/le PSP lui applique l'onguent prescrit et en informe ensuite l'infirmière/l'infirmier.

La personne résidente 021 avait cinq pots de crèmes prescrites utilisés sur une étagère de la salle de bains. D'après l'ordre du médecin daté d'une certaine date de 2017 et figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente, on avait arrêté l'utilisation de deux des crèmes prescrites trouvées dans sa chambre. Lors d'un entretien le 22 janvier 2018, la/le PSP 112 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on appliquait une des crèmes tous les jours sur un certain endroit du corps, et l'autre crème sur un autre. Parfois, quand la personne résidente a plusieurs fois de l'incontinence pendant la journée, la/le PSP 112 applique une autre crème prescrite après chaque épisode d'incontinence.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, l'administratrice et la directrice/le directeur des soins ont indiqué à l'inspectrice que les PSP ou les fournisseurs de soins privés n'étaient pas autorisés à appliquer des crèmes médicamenteuses aux personnes résidentes du foyer. Les membres du personnel infirmier autorisé sont les seules personnes autorisées à appliquer des crèmes médicamenteuses aux personnes résidentes.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec la personne résidente.

Le 22 janvier 2018, l'inspectrice 550 a remarqué que la personne résidente 017 avait un inhalateur prescrit sur le siège de son déambulateur dans sa chambre. La personne résidente a expliqué à l'inspectrice qu'elle gardait le médicament et l'utilisait quand elle était essoufflée. Elle a expliqué qu'elle avait des symptômes de maladie respiratoire et qu'elle avait pris ce médicament plus tôt ce jour-là.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 017 et n'a pas été en mesure de trouver une approbation de la personne autorisée à prescrire le médicament, en consultation avec la personne résidente, pour que celle-ci s'administre des doses de l'inhalateur prescrit.

Lors d'un entretien le 23 janvier 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 017 n'est pas autorisée à s'administrer des doses de l'inhalateur prescrit, car l'on ne pourrait pas se fier à elle pour suivre la posologie.

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 pour se conformer à l'exigence selon laquelle nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à une personne résidente au foyer, et également à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

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

Le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente 049 des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 012. Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, mauvais traitement d'ordre sexuel s'entend « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel ».

Cette inspection concerne les registres n^{os} 022249-17, 011084-17, et 026718-17.

La personne résidente 012 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics dont une démence non spécifiée.



À une certaine date de 2017 on a signalé, par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'attouchements inappropriés de nature sexuelle entre deux personnes résidentes. On avait fait rapport que, quatre jours auparavant, l'IAA 140 avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Trois mois plus tard, on avait soumis au directeur un rapport d'incident critique décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui s'était produit deux jours auparavant entre les personnes résidentes 049 et 012, au cours duquel on avait observé que la personne résidente 012 avait des comportement sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Trois mois après le second incident dont on avait fait rapport on avait signalé, par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un autre incident d'allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. On avait fait rapport que la personne résidente 012 était entrée dans la chambre de la personne résidente 008 et lui avait demandé si elle voulait être plus qu'une simple amie. Quand la personne résidente 008 avait refusé, la personne résidente 012 avait fait des commentaires verbaux inappropriés en hurlant et en riant de la personne résidente 008.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 012 sur une période de 11 mois, et elle a remarqué que l'on avait documenté un total de huit autres incidents de comportements inappropriés et d'attouchements de nature sexuelle entre les personnes résidentes 012 et 049. Il y avait aussi deux autres incidents de nature sexuelle de la personne résidente 012 envers des membres du personnel à deux dates précises de 2018.

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de fournir un consentement au moment où les incidents de comportement inapproprié et d'attouchements de nature sexuelle s'étaient produits.

**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**

L'inspectrice 550 s'est entretenue avec la/le DG, l'administratrice et la/le DDS le 25 janvier 2018. Ils/elles ont indiqué que la personne résidente 012 était obsédée par la personne résidente 049. La/le DDS a indiqué qu'après avoir eu connaissance du premier incident, la/le médecin avait fait une demande de consultation psychogériatrique à l'équipe d'intervention, mais que la personne résidente n'avait pas encore été évaluée. La personne résidente 012 avait été vue au foyer par l'infirmière/l'infirmier psychogériatrique et par le membre du personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC pour gérer les comportements sexuels. On avait mis en œuvre une surveillance individuelle après le premier incident et changé la place de la personne résidente 012 dans la salle à manger afin qu'elle ne fût plus assise avec la personne résidente 049. Après le deuxième incident, on avait déménagé la personne résidente 012 à un autre étage du foyer afin qu'elle ne soit plus en contact avec la personne résidente 049. La directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué que depuis lors la personne résidente n'avait pas affiché de comportements sexuels.

À une certaine date, la/le DDS avait modifié le rapport d'incident critique soumis pour le premier incident afin d'indiquer que la/le médecin avait ajusté la médication de la personne résidente, car celle-ci essayait toujours de faire des gestes sexuels. La personne résidente faisait actuellement l'objet d'une surveillance individuelle, une autre personne résidente qui semblait être en concurrence avec la personne résidente 012 pour attirer l'attention de la personne résidente 049 avait été transférée à un autre étage et l'on avait mis à jour le programme de soins. Une note d'évolution datée de 17 jours après le premier incident et rédigée par la/le DDS indiquait que le personnel devait s'assurer que les deux personnes résidentes étaient assises à des tables différentes pour les repas; le personnel devait les surveiller et, si elles étaient assises l'une à côté de l'autre, il devait encourager gentiment l'une d'elles à changer de place. Si le personnel remarquait des comportements sexuels, il devait recourir à la méthode de persuasion par la douceur pour séparer les personnes résidentes tout en leur offrant un soutien affectif. Le personnel devait documenter tout comportement observé et la réaction de ces personnes résidentes, et il devait suivre les étapes susmentionnées pour réduire au minimum le contact et les interactions entre ces personnes résidentes.

La/le DDS avait ajouté au premier rapport d'incident critique, 21 jours plus tard à titre de « plan d'action en matière de comportement » les mêmes interventions, telles qu'elles étaient documentées dans les notes d'évolution. Un mois après l'incident, une note d'évolution rédigée par l'IA 143 indiquait que l'on avait maintenant changé l'attribution des places dans la salle à manger, et que la personne résidente 012 prenait désormais ses repas dans une salle à manger différente. L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 012 en place au moment des incidents et jusqu'en janvier 2018; elle n'a pas été en mesure de trouver que l'on avait ajouté ces interventions au programme de soins.

On remarquait qu'onze jours après le premier incident dont on avait fait rapport, la/le DDS avait ajouté au programme de soins écrit la mention suivante : « déterminer ce qui a déclenché le comportement ou ce qui y a conduit, veiller à ce que les personnes résidentes ne soient pas assises l'une à côté de l'autre, et surveiller l'apparition de tout comportement inapproprié ». Mais il n'y avait pas de mention indiquant à côté de quelle personne résidente la personne résidente 012 ne devait pas être assise.

Environ un mois après le premier incident dont on avait fait rapport, l'IA 126, infirmière/infirmier en pratique avancée, avait examiné l'intervention et ajouté : « rester calme, et éviter les réactions de colère envers la personne résidente ».

Toutes les autres interventions étaient datées de 2016. Il n'y avait aucune indication que l'on avait réexaminé le programme de soins de la personne résidente après chaque incident. La/le DG, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué à l'inspectrice que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été réexaminé et révisé après chaque incident et pour inclure le « plan d'action en matière de comportement » qui avait été élaboré 21 jours après le premier incident.

La documentation fournie par l'administratrice indiquait que la supervision individuelle avait été mise en œuvre après la date d'un certain incident, pendant trois jours, lors de certains postes de travail. Pour le second incident dont on avait fait rapport, la supervision individuelle avait commencé le lendemain, pendant trois jours lors de certains postes de travail. Et pour le troisième incident dont on avait fait rapport, la surveillance individuelle avait commencé le lendemain pendant six jours pour un poste de travail spécifié.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. La/le médecin de la personne résidente au foyer avait fait une demande de consultation plusieurs semaines après le premier incident dont on avait fait rapport, en demandant une évaluation psychogériatrique de la personne résidente en raison d'une augmentation du nombre de comportements relativement à certaines interventions du personnel et d'une nouvelle relation « possessive » avec une personne résidente. La/le médecin avait également indiqué avoir augmenté la dose d'un certain médicament, car il avait déjà été bénéfique pour gérer les comportements sexuels de la personne résidente, et la/le médecin avait aussi commencé l'administration d'un autre médicament spécifique en même temps. Il y avait une feuille de transmission par télécopieur, datée de deux jours après que la demande de consultation avait été faite par la/le médecin de la personne résidente, et une note manuscrite de l'IA 119 sur le « Geriatric Psychiatric Outreach Program Referral Form » (formulaire d'aiguillage au programme d'extension en gérontopsychiatrie) avec la mention « a été télécopié ».

L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant qu'une consultation psychogériatrique avait eu lieu.

Lors d'un entretien téléphonique, le 30 janvier 2018, l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie a indiqué à l'inspectrice n'avoir reçu aucune demande de consultation pour cette personne résidente. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie a indiqué que l'on avait suggéré à la/au DDS de transférer la personne résidente à un étage différent, et que l'on avait fini par le faire. Il/elle avait fait un suivi avec le foyer pour voir si la personne résidente manifestait davantage de comportements, et on lui avait dit que depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage elle ne manifestait plus d'autres comportements. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie avait vérifié auprès de la/du DDS pour voir si la personne résidente devait encore être évaluée par l'équipe de psychogériatrie, et on lui avait dit que la personne résidente 012 n'avait plus de comportements sexuels depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage. On n'avait pas informé l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie des deux derniers incidents de comportements sexuels envers des membres du personnel qui avaient eu lieu après le déménagement de la personne résidente à un autre étage.

La/le DDS avait par la suite confirmé à l'inspectrice que l'on n'avait pas télécopié la demande de consultation de psychogériatrie à l'infirmière-conseil en psychogériatrie, que l'IA 119 avait oublié de la télécopier et que l'on n'avait fait aucun autre suivi avec l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie après les deux derniers incidents.

Lors d'un entretien le 26 janvier 2018, la/le PSP 101, membre de l'équipe de champions du Projet OSTC, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 012 avait des comportements sexuels inappropriés, hurlait fort, et pouvait être agressive envers d'autres personnes résidentes. Le membre de l'équipe de champions travaille un jour par semaine à cet étage, et d'une part voit les personnes résidentes que l'on a identifiées lors du rapport de poste comme affichant des comportements réactifs, voit celles qui affichent des comportements réactifs au petit-déjeuner dans la salle à manger, et aide d'autre part les membres du personnel à donner le bain aux personnes résidentes difficiles. Quand les membres de l'équipe de champions du Projet OSTC voient une personne résidente, ils doivent inscrire dans le « classeur de l'équipe de champions du Projet OSTC » la date, le nom de la personne résidente ayant fait l'objet de la visite et le motif de la visite. Ils documentent également les faits dans les notes d'évolution. Le membre du personnel a montré à l'inspectrice dans le classeur une période de six mois au cours de laquelle la personne résidente 012 avait été vue par le Projet OSTC. Il y avait un total de 22 dates saisies pour la personne résidente 012 pendant cette période. La documentation concernait des comportements particuliers comme :



Hurler

Crier au moment des repas

Essayer d'embrasser la personne résidente 049

Faire preuve d'impolitesse envers le personnel

Opposer de la résistance aux soins

Faire du bruit

Se battre avec une autre personne résidente

Ressentir de l'anxiété et avoir un comportement vocalement inapproprié.

Il n'y avait aucun document indiquant que le personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC avait des interventions particulières qu'il avait utilisées lorsqu'il intervenait auprès de la personne résidente après chacun des comportements susmentionnés.

Le membre 101 de l'équipe de champions du Projet OSTC a confirmé que les notes rédigées pour la personne résidente 012 étaient les seules, car le Projet OSTC n'était pas intervenu auprès d'elle, hormis les 22 fois qui étaient documentées.

Comme en témoigne ce qui précède, les mesures prises pour répondre aux besoins de la personne résidente 012 ne comprenaient pas des évaluations, des réévaluations et des interventions, ni la documentation des réactions de la personne résidente aux interventions.

Le titulaire de permis n'a pas non plus veillé à se conformer au paragraphe suivant relativement à la prévention des mauvais traitements :

AE n° 3 – LFSLD, 2007, par. 20 (1) – La politique du titulaire de permis CLIN CARE 32, LTC intitulée « Abuse and Neglect, Long Term Care » (mauvais traitements et négligence, soins de longue durée) n'a pas été respectée;

AE n° 9 – conformément à la LFSLD, 2007, par. 24 (1), le directeur n'a pas été immédiatement avisé des incidents observés de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente 049 (se reporter à l'AE n° 9).

AE n° 2 – conformément au Règl. de l'Ont.79/10, par. 53 (4), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour une personne résidente qui affiche des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Un ordre de conformité a été émis le 7 novembre 2017 dans le cadre de l'inspection 2017_683126_0016, avec une date de conformité au 2 février 2018, en application du paragraphe 19 (1) de la Loi.

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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) et 195 (2).**

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente 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.

À une certaine date de 2017, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur décrivant un incident de cas allégué de comportement sexuel inapproprié de la personne résidente 50 envers la personne résidente 049, qui avait eu lieu quatre jours auparavant.

Cette constatation concerne le registre n° 010936-17.

Une personne bénévole qui travaillait avec la/le ludothérapeute avait fait rapport de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Lors d'un entretien le 23 janvier 2018, la/le ludothérapeute avait indiqué qu'après avoir été mis(e) au courant, par la personne bénévole, du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, il/elle avait immédiatement fait rapport de l'incident à l'IA 119. La/le ludothérapeute a indiqué en outre que l'IA 119 lui avait donné des directives pour écrire une note dans les notes d'évolution de la personne résidente 050 et pour aviser immédiatement la/le DDS. La/le ludothérapeute a indiqué avoir rédigé la note dans le dossier de la personne résidente, mais avoir oublié d'aviser la/le DDS ce jour-là, et que son retour au foyer n'était pas prévu avant quatre jours.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice que la/le ludothérapeute avait fait un rapport d'un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050. L'IA 119 a indiqué en outre que l'on avait demandé à la/au ludothérapeute de rédiger une note dans le dossier de la personne résidente 050 et de faire immédiatement rapport à la/au DDS. L'IA 119 a indiqué qu'étant donné que la/le ludothérapeute faisait partie du personnel cadre, il/elle avait les mêmes obligations que l'IA, et que l'IA avait donc pensé à ce moment-là qu'il incombait également à la/au ludothérapeute de faire rapport de l'incident. L'IA a indiqué en outre que le lendemain, la/le ludothérapeute l'avait avisé(e) qu'aucune note n'était faite dans le dossier de la personne résidente, car la/le ludothérapeute avait oublié de remplir les notes d'évolution, par conséquent l'IA avait demandé à la/au ludothérapeute de faire une inscription tardive dans les notes d'évolution de la personne résidente. L'IA 119 a indiqué avoir eu l'impression à ce moment-là que l'incident avait été signalé à la/au DDS. Toutefois, l'administratrice lui avait dit ultérieurement que l'on n'avait pas fait rapport de l'incident, et qu'il/elle aurait dû immédiatement faire rapport de l'incident à la/au DDS.

Lors d'un entretien, la directrice générale/le directeur général (DG) a indiqué à l'inspectrice 592 avoir appris l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel pendant la fin de semaine qui avait suivi l'incident, lors de son travail hors du foyer. La/le DG a indiqué en outre qu'après examen des dossiers médicaux de la personne résidente 050, il/elle avait vu la documentation rédigée par la/le ludothérapeute concernant le cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050 dans les notes d'évolution de la personne résidente 050. La/le DG a indiqué en outre qu'après avoir été mis(e) au courant, d'une part il/elle avait immédiatement communiqué avec la Ligne ACTION pour informer le directeur, et avait d'autre part fait un suivi le lendemain avec l'IA 119 et la/le ludothérapeute pour ne pas avoir immédiatement fait rapport de l'incident au directeur.

Lors d'un examen des dossiers médicaux des deux personnes résidentes, on avait également remarqué que l'on n'avait informé aucun des membres des familles, aucun des policiers. On avait commencé les interventions et l'enquête seulement quatre jours plus tard, quand l'administratrice avait eu connaissance de l'incident.

Par conséquent, on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 050.

2. À une certaine date, on avait soumis au directeur un rapport d'incident critique décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu deux jours auparavant entre les personnes résidentes 049 et 012.

Cette constatation concerne le registre n° 022249-17.

L'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel avait été signalé par un membre de la famille à la/au PSP 132, deux jours avant que l'on soumette le rapport d'incident critique.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, la/le PSP 138 a indiqué à l'inspectrice qu'un membre de la famille avait signalé un cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel quand il/elle avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049 dans une pièce non surveillée. La/le PSP a indiqué en outre que personne d'autre n'avait été témoin de l'incident, néanmoins on avait immédiatement fait rapport de l'incident à l'IAA 133.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, l'IAA 133 a indiqué à l'inspectrice que la/le PSP 138 avait fait rapport qu'un membre de la famille avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049. L'IAA 133 a indiqué en outre que le membre du personnel s'était entretenu avec le membre de la famille qui avait été témoin de l'incident et qu'il n'y avait pas eu d'attouchements, toutefois, en raison de la gravité de l'incident, l'IAA 133 avait immédiatement fait rapport de l'incident à l'IA 134 qui était l'IA responsable de l'unité ce jour-là.

Lors d'un entretien le 25 janvier 2018, l'IA 134 a indiqué à l'inspectrice 592 n'avoir aucun souvenir de l'incident entre les personnes résidentes 012 et 049. L'IA 134 a en outre indiqué que si l'on avait fait rapport de l'incident, il/elle aurait immédiatement fait rapport à la/au responsable clinique de garde, et aurait rédigé une note d'évolution dans les dossiers médicaux des deux personnes résidentes.

L'inspectrice 592 n'a trouvé aucune note d'évolution de l'IA 134, cependant la/le DG a fourni à l'inspectrice les documents du rapport de la superviseure/du superviseur clinique de garde qui indiquaient qu'un membre du personnel autorisé avait contacté la superviseure/le superviseur clinique le jour de l'incident pour faire rapport de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Lors d'un entretien, le 29 janvier 2018, l'IA 136, identifié(e) comme étant la superviseure/le superviseur clinique de garde qui travaillait le jour de l'incident, a indiqué que l'on avait fait rapport de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, toutefois l'IA n'était pas sûr(e) de l'exactitude de l'incident signalé et, au lieu d'en faire rapport au directeur, l'IA 136 avait demandé à la/au responsable de faire un suivi le lendemain.

Lors d'un entretien le 24 janvier 2018, la/le DDS a indiqué avoir eu connaissance de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 012 et 049 le lendemain par l'IA 134. Il/elle a en outre indiqué que les superviseures et superviseurs cliniques de garde étaient des membres du personnel infirmier autorisé qui travaillaient dans l'organisme de soins de santé sœur qui n'est pas un foyer de soins de longue durée. La/le DDS a indiqué en outre avoir contacté le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture pour faire rapport de l'incident immédiatement après en avoir eu connaissance afin d'informer le directeur.

3. À une certaine date, on a soumis un rapport d'incident critique au directeur décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui avait eu lieu deux jours auparavant entre les personnes résidentes 049 et 012.

Lors d'entrevues avec la/le DG, l'administratrice, la/le DDS et plusieurs membres du personnel, ainsi que lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de donner un consentement pour aucun des incidents évoqués dans le présent rapport.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 012, l'inspectrice 592 a remarqué qu'il y avait de la documentation concernant un autre incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 012, daté du même jour que celui où l'on avait soumis le rapport d'incident critique au directeur. Les notes d'évolution indiquaient qu'un membre du personnel avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Quand l'inspectrice 592 a posé des questions à la/au DDS et à la/au DG concernant le signalement de l'incident, ces deux personnes ont indiqué que l'on en avait fait rapport à l'aide d'un rapport d'incident critique utilisé pour un autre incident de cas allégué de mauvais traitement qui s'était produit 48 heures auparavant, en faisant référence au registre 022249-17 susmentionné. Les deux personnes ont indiqué en outre qu'en modifiant le rapport d'incident critique de l'incident précédent, on y avait ajouté l'information concernant le second incident. L'administratrice et la/le DDS ont dit à l'inspectrice qu'en raison de la similitude des incidents entre les mêmes personnes résidentes, ils/elles n'avaient pas eu besoin de remplir un nouveau rapport d'incident critique et d'aviser le directeur. Qui plus est, la/le DG a fourni à l'inspectrice les documents du rapport de la superviseure/du superviseur clinique de garde qui indiquaient que le personnel autorisé avait contacté la superviseure/le superviseur clinique de garde le jour de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel pour en faire rapport, toutefois on n'avait pas fait immédiatement rapport de cet incident au directeur.

4. Cette inspection concerne le registre n° 011084-17.

À une certaine date, on a signalé au directeur, par le système de notification, par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'attouchements inappropriés de nature sexuelle. On indiquait que, trois jours avant de soumettre le rapport d'incident critique, l'IAA 140 avait observé que la personne résidente 012 avait des comportements inappropriés de nature sexuelle.

Lors d'entrevues avec la/le DG, l'administratrice, la/le DDS et plusieurs membres du personnel, ainsi que lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de donner un consentement pour aucun des incidents évoqués dans le présent rapport.

Lors d'un entretien, la/le DG a indiqué aux inspectrices 592 et 550 avoir eu connaissance de l'incident en examinant les notes d'évolution de la personne résidente 049 concernant un incident différent alors qu'il/elle travaillait hors du foyer. Parce que l'IAA 140 n'avait pas fait rapport de l'incident le jour où il avait eu lieu, la/le DG avait immédiatement appelé le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture pour faire rapport de l'incident, et avait soumis un rapport d'incident critique le lendemain lors de son retour au travail.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 012 sur une période de 11 mois et a remarqué que l'on avait documenté huit autres incidents de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 012 et 049. L'inspectrice 592 a précédemment traité de deux de ces huit incidents dans le présent rapport. Il y avait six autres incidents de comportements inappropriés de nature sexuelle documentés dans les notes d'évolution de la personne résidente.

Aucun document n'attestait que l'on avait fait rapport de ces incidents au directeur.

Le 29 janvier 2018, l'IA 114 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on n'avait pas fait rapport de l'incident au directeur ni à la ou au responsable de garde, et que l'on ne faisait pas rapport aux responsables de garde d'incidents comme ceux-ci; on ne faisait rapport que des incidents graves. S'ils devaient faire un rapport chaque fois que la personne résidente 012 faisait des attouchements inappropriés à la personne résidente 049, ils feraient constamment des rapports, car c'était un comportement continu. L'IA 119 a indiqué à l'inspectrice ne pas se souvenir que quelqu'un eût fait rapport de cet incident particulier et si cela était, l'IA ne se souvenait pas que l'on ait alors fait rapport à la ou au responsable de garde.

L'administratrice et la directrice/le directeur des soins ont indiqué que l'on n'avait pas fait rapport de ces incidents au directeur.

Comme les faits le prouvent, on n'avait pas fait immédiatement rapport au directeur des incidents susmentionnés de cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel.

5. Un rapport d'incident critique avait été soumis au directeur à une certaine date de 2017; il signalait un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une personne résidente. On avait fait rapport que, six jours auparavant, la personne résidente 011 avait signalé que la personne résidente 007 avait des comportements sexuels inappropriés quand elle avait essayé de lui faire des attouchements inappropriés de nature sexuelle, ce qui s'était produit quatre jours auparavant. La personne résidente avait dû dire « non » à plusieurs reprises à la personne résidente 007 avant qu'elle cesse.

Lors d'un entretien le 11 janvier 2018, la personne résidente 011 a indiqué à l'inspectrice 550 que la personne résidente 007 était venue dans la chambre quelques semaines auparavant et qu'elle avait eu des comportements inappropriés de nature sexuelle. La personne résidente a indiqué qu'elle n'aimait pas cela.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué, documenté par l'IAA 122 dans les notes d'évolution le jour où la personne résidente avait signalé l'incident, d'une part que la personne résidente 011 avait signalé à la/au PSP que la personne résidente 007 était entrée dans la chambre et avait eu des comportements sexuels inappropriés envers elle, même si la personne résidente 011 avait dit non, et d'autre part que l'IA avait été mis(e) au courant de l'incident.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, l'IAA 122 a indiqué à l'inspectrice 550 que, bien que la documentation indiquât que l'on avait fait rapport de l'incident à l'IA, l'IAA 122 a déclaré que ce n'était pas le cas. Quand l'IAA était allée faire rapport de l'incident, l'IA 119 était occupé(e) avec la/le médecin, et l'IAA 122 avait oublié de mentionner l'incident à l'IA par la suite.

Lors d'un entretien, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice que la/le PSP 116 avait fait rapport de l'incident de mauvais traitement le lendemain, et que l'IA 119 n'avait pas fait rapport de l'incident à quiconque et ne l'avait pas documenté. Deux jours après l'incident, l'IA a appelé de chez elle la/le DDS pour l'informer de l'incident, car l'IA 119 ne travaillait pas ce jour-là. La/le DDS avait mis l'administratrice au courant de l'incident deux jours après celui-ci et l'on avait rempli un rapport d'incident critique. L'administratrice a indiqué avoir été en mesure de soumettre le rapport d'incident critique trois jours plus tard seulement, car ils éprouvaient des difficultés avec le système de rapport d'incidents critiques.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice que l'on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de cet incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel. Conformément à la politique du foyer, l'infirmière ou l'infirmier aurait dû aviser immédiatement l'administratrice ou la directrice/le directeur des soins qui, à son tour, aurait dû immédiatement informer le directeur de l'incident.

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 30. Exigences générales

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

Par. 30. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement :

1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles

pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom de la personne qui y a participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

On avait identifié que la personne résidente 042 avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente; il indiquait qu'à son retour de l'hôpital à une certaine date de 2017, elle avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps. Selon les ordres actuels de la/du médecin, la personne résidente 042 a toujours une altération de l'intégrité épidermique, et le traitement actuel consiste à nettoyer les zones affectées avec un produit spécifié deux fois par semaine, et à les couvrir avec des pansements spécifiques.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, l'IA 119 a indiqué à l'inspectrice que l'on ignorait l'état actuel de la peau de la personne résidente 042, car l'on ne faisait pas toujours l'évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies.

Le 22 janvier 2018, lors d'un entretien téléphonique, l'IA 126, qui est identifiée comme étant la personne-ressource du foyer pour les questions de peau, a remarqué que l'on ne faisait pas toujours les évaluations hebdomadaires pour les personnes résidentes, et que c'était quelque chose que le foyer avait mentionné dans son programme de soins de la peau et des plaies. L'IA 126 a de plus indiqué que l'on avait révisé le programme et la politique du foyer pendant l'été 2017 en présence de plusieurs membres de l'équipe multidisciplinaire, et que la documentation indiquait que l'on proposait des changements en matière de soins des plaies.

Lors d'un entretien le 22 janvier 2018, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice que le foyer venait juste de terminer de travailler sur sa politique relative aux soins de la peau, et qu'elle ne savait pas si le programme avait été évalué, et que néanmoins elle prendra contact avec la personne-ressource pour les questions de peau.

Par la suite, l'administratrice a fourni à l'inspectrice certains documents concernant une des réunions du comité des soins de la peau et des plaies, toutefois l'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document écrit concernant le programme d'évaluation de la peau, en particulier concernant le sommaire des modifications et la date à laquelle elles avaient été mises en œuvre.

Lors d'une discussion, la/le DG avait indiqué que le foyer venait juste de terminer de travailler sur sa politique relative aux soins de la peau et des plaies, et que par conséquent le programme n'avait pas été évalué, car il était nouvellement mis en œuvre.

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50. Soins de la peau et des plaies

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

Par. 50. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique; Règl. De l'Ont. 79/10, par. 50 (2).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

On avait trouvé que la personne résidente 042 avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente; il indiquait qu'à son retour de l'hôpital à une certaine date de 2017, elle avait une altération de l'intégrité épidermique à certains endroits du corps. Selon les ordres actuels de la/du médecin, la personne résidente 042 a toujours une altération de l'intégrité épidermique, et le traitement actuel consiste à nettoyer les zones affectées avec un produit spécifié deux fois par semaine, et à les couvrir avec des pansements spécifiques.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente 042 et a remarqué que ses notes d'évolution comportaient de la documentation hebdomadaire sur son intégrité épidermique. La documentation indiquait quand on changeait les pansements toutefois, l'inspectrice 592 n'a pas été en mesure de trouver une description de l'état de la peau, comme le stade, les dimensions et l'état actuel des plaies.

Lors d'un entretien le 18 janvier 2018, l'IA à temps plein 119 a indiqué à l'inspectrice que les PSP signalaient au personnel autorisé toute rougeur ou toute évolution de l'état de la peau d'une personne résidente. L'IA 119 a indiqué en outre qu'après avoir connaissance d'une altération de la peau, l'IA remplit un formulaire intitulé « Wound Care Assessment » (évaluation des soins de la peau) que l'on remplira alors toutes les semaines pour tout problème d'altération de l'intégrité épidermique que l'on a détecté. L'IA a indiqué que la personne résidente 042 devait faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire des soins de la peau en raison de la présence d'une altération de l'intégrité épidermique, cependant l'IA a indiqué que l'on ne faisait pas toujours des évaluations des soins de la peau de cette personne résidente. L'IA 119 a mentionné en

outre que la personne-ressource pour le programme des soins de la peau effectuait également les évaluations hebdomadaires de la peau pour la personne résidente, cependant, l'IA ne savait pas exactement si la personne-ressource avait vu régulièrement la personne résidente 042, ce qui faisait que l'évaluation du stade et des dimensions des plaies n'était pas effectuée. L'IA a indiqué que l'état de l'intégrité épidermique de la personne résidente était inconnu à l'heure actuelle.

Lors d'un entretien le 22 janvier 2018, l'IA 126, qui est la personne-ressource pour les soins de la peau, a indiqué que le foyer s'attend à ce que l'on effectue une évaluation hebdomadaire des soins de la peau de toutes les personnes résidentes qui présentent une rupture de l'épiderme. L'IA 126 a indiqué en outre que l'on avait remarqué lors du processus d'examen des notes d'évolution que l'on n'effectuait pas toujours les évaluations hebdomadaires de la peau lorsque les personnes résidentes présentaient des problèmes de rupture de l'épiderme, en particulier pour la personne résidente 042. L'IA 126 avait reçu un avis concernant l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente, néanmoins celle-ci n'avait pas encore fait l'objet d'une évaluation. L'IA 126 a indiqué en outre que l'état de la peau de la personne résidente 042 était inconnu, car l'on n'avait pas fait les évaluations hebdomadaires qui devaient comporter l'évaluation du stade et des dimensions des plaies.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 042 aurait dû avoir une évaluation hebdomadaire des plaies dans le cadre du programme de soins des plaies du foyer.

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves

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

Par. 107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :
4. Si un incident qui se produit cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).



Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas respecté la disposition 107 (3)4 du Règlement en ce sens qu'il n'a pas veillé à ce que le directeur (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) soit informé d'un incident qui cause une lésion à une personne résidente nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans l'état de santé de la personne résidente, au plus tard un jour ouvrable après que l'incident se produit.

Cette constatation concerne le registre n° 020665-17.

L'inspectrice 138 a examiné un rapport d'incident critique indiquant que la personne résidente 042 avait subi une chute à une certaine date. Elle s'était plainte d'une douleur après la chute, et on l'avait donc envoyée subir des examens le lendemain. La/le médecin avait examiné les résultats des examens, avait diagnostiqué que la personne résidente avait une lésion déterminée et l'avait immédiatement envoyée à l'hôpital.

Le directeur avait été avisé, par un rapport d'incident critique, de l'incident concernant la personne résidente 042 seulement huit jours après que celle-ci fut envoyée à l'hôpital avec une blessure connue.

En conséquence, le titulaire de permis n'a pas informé le directeur dans un délai d'un jour ouvrable après que se fut produite la chute de la personne résidente 042 qui s'était soldée par un diagnostic de blessure particulière.

Émis le 13 mars 2018 (A1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.



**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*

**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°) : MÉLANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550),
PAULA MACDONALD (138)

N° de l'inspection : 2018_548592_0002 (A1)

N° de registre : 013373-17

Type d'inspection : Inspection de la qualité des
services aux personnes
résidentes

Date du rapport : 13 mars 2018 (1)

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
ou de l'administrateur :** Chantale Cameron

À l'intention de Soins continus Bruyère Inc., vous êtes tenu 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

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

Aux termes de :

La LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. 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)

Ordre :

1. Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que tout membre du personnel qui participe au transfert d'une personne résidente soit au courant du programme de soins de la personne résidente relativement au transfert de celle-ci, et fournisse le transfert conformément au programme de soins à moins qu'une évaluation écrite incluse dans le dossier médical n'indique le contraire.

2. Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que tout membre du personnel qui participe au transfert d'une personne résidente reçoive une formation sur les lève-personnes et les transferts, notamment sur la politique du foyer relative aux lève-personnes et aux transferts.

Motifs :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la Loi en ce sens qu'il n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Cette inspection concerne le registre n° 026495-17.

L'inspectrice 138 a examiné un rapport d'incident critique qui précisait que l'on avait diagnostiqué que la personne résidente 044 avait une blessure à une certaine partie du corps à une date spécifiée de 2017, après qu'elle eut fait état d'une douleur à la suite d'un transfert.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec l'administratrice du foyer concernant ce rapport d'incident critique. L'administratrice a déclaré avoir effectué une enquête interne, et elle en a fourni les documents à l'inspectrice. L'inspectrice a examiné les documents de l'enquête interne, le dossier médical de la personne résidente, et elle s'est entretenue avec plusieurs membres du personnel concernés par l'incident. Voici un résumé des événements :

La personne résidente 044 subissait un certain déclin de ses capacités au moment du transfert déterminé. Elle a appelé un membre de sa famille, en lui indiquant que quand un membre du personnel avait soulevé un certain endroit de son corps, elle avait eu mal. À son tour, le membre de la famille avait appelé l'IAA du poste du soir, l'IAA 128, pour lui faire part du sujet d'inquiétude. Il y avait eu un certain malentendu de la part de l'IAA 128 concernant ce signalement fait par le membre de la famille, toutefois la personne résidente a continué de se plaindre d'une douleur à un certain endroit du corps, en particulier à compter du jour où elle avait contacté un membre de sa famille, en continuant de se plaindre pendant deux jours de plus.

Puis, trois jours après que la personne résidente eut contacté un membre de la famille, la/le PSP 127 a remarqué que celle-ci avait une altération de l'intégrité épidermique à une certaine partie du corps, et en avait fait rapport à l'IAA 128. On avait envoyé la personne résidente passer des examens le lendemain, par suite de l'altération de l'intégrité de sa peau et de ses plaintes concernant une douleur, et l'on avait diagnostiqué le même jour qu'elle avait une lésion à une certaine partie du corps. L'état de santé de la personne résidente avait continué de se détériorer et elle était décédée au foyer.

L'inspectrice 138 s'est entretenue avec l'administratrice qui a déclaré que l'on avait commencé une enquête interne quand on avait diagnostiqué que la personne résidente 044 avait une blessure à une partie spécifique du corps. Dans le cadre de cette enquête, l'administratrice s'était entretenue avec le personnel, notamment avec la/le PSP 103 qui avait fourni des soins à la personne résidente 044 le jour où le transfert avait eu lieu. Selon l'administratrice, la/le PSP 103 a indiqué que la personne résidente avait fait l'objet d'un transfert en pivot à l'aide d'une personne au lieu d'un transfert avec un lève-personne mécanique. La/le PSP 103 a dit avoir l'habitude de transférer la personne résidente 044 par transfert en pivot à l'aide d'une personne, parce qu'elle manifestait des comportements réactifs quand on la transférait avec un lève-personne mécanique. Ces comportements de la personne résidente consistaient notamment à hurler, à menacer de dénoncer le membre du personnel, et à frapper le lève-personne mécanique.

L'administratrice a fourni à l'inspectrice 138 une copie d'une lettre de mesures disciplinaires qui mentionnait que la/le PSP 103 avait fait l'objet d'une journée de suspension sans solde pour avoir transféré la personne résidente 044 sans lève-personne mécanique conformément à son kardex et à son programme de soins.

L'inspectrice 138 a examiné le programme de soins de la personne résidente 044 dans le logiciel PointClickCare au moment de l'incident, et a remarqué qu'il comportait des instructions pour l'utilisation d'un lève-personne mécanique lors des transferts de la personne résidente. L'inspectrice 138 s'est entretenue séparément avec les PSP 101 et 127, qui ont déclaré que la personne résidente 044 devait être transférée au moyen d'un lève-personne que l'on utilisait pour elle depuis de nombreux mois.

L'inspectrice 138 a examiné plus avant le dossier médical de la personne résidente 044 et a remarqué, dans les notes d'évolution, que le jour de l'incident la personne résidente 044 était fâchée contre la/le PSP 103 concernant un transfert fait par elle/lui, et qu'elle se plaignait d'une douleur à un certain endroit du corps. Cette note d'évolution mentionnait également qu'un membre de la famille de la personne résidente avait appelé le foyer pour indiquer que celle-ci avait téléphoné et était contrariée. Les notes d'évolution des deux jours suivants indiquaient que la personne résidente se plaignait d'une douleur et recevait des analgésiques pour le même endroit du corps. La personne résidente se plaignait d'une douleur au même endroit du corps trois jours après l'incident, et cette fois-ci on avait découvert une altération de l'intégrité épidermique à un certain endroit du corps lors d'une évaluation. Les notes d'évolution indiquent en outre que la personne résidente avait passé un examen le lendemain, et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une blessure à une certaine partie du corps. Les notes d'évolution indiquent que l'état de santé de la personne résidente 044 s'était détérioré, et la personne résidente était décédée au foyer. Le certificat médical de décès daté d'une certaine date mentionnait comme cause immédiate du décès une blessure à une certaine partie du corps et un autre état pathologique.

L'inspectrice a examiné plus avant le rapport d'enquête sur l'incident critique fourni par le foyer et daté d'une certaine date. Il s'agit d'un document interne du foyer qui énonce le résultat de l'examen que le foyer a fait de l'incident. Ce rapport mentionnait que la blessure de la personne résidente 044 avait fort probablement été causée par le transfert en pivot à l'aide d'une personne effectué par un membre du personnel des PSP, que l'état de la personne s'était détérioré de façon importante après la blessure, et qu'elle était décédée un certain jour.



**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*

Un précédent avis de non-conformité relatif au paragraphe 6 (7) de la Loi avait été émis en septembre 2015 à titre de plan de redressement volontaire (PRV) dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n^o 2015_285126_0035.

Cet incident, quoique limité à une personne résidente, a représenté un important préjudice réel pour la personne résidente 044. (138)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 3 avril 2018

Ordre n° : 002 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153. (1)a)

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

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

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu d'avoir un processus en place pour veiller à ce que des mesures soient prises pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente 012.

1. Ce processus doit comprendre des évaluations, un aiguillage vers des ressources spécialisées internes et externes et l'identification d'interventions particulières, notamment des interventions des membres de l'équipe de champions du Projet OSTC, afin de répondre aux besoins de la personne résidente.

2. Si les interventions se révèlent inefficaces, le programme de soins de la personne résidente doit être révisé pour comporter de nouvelles interventions et des stratégies pour prévenir et minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir.

Motifs :

1. Le titulaire de permis a expressément omis de veiller à ce que, pour chaque personne résidente qui affiche des comportements réactifs,
 - c) des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées. (Il s'agit d'une ordonnance de conformité.)

Cette inspection concerne les registres n^{os} 022249-17, 011084-17, et 026718-17.

La personne résidente 012 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics dont une démence non spécifiée.

À une certaine date de 2017 on a signalé, par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'attouchements inappropriés de nature sexuelle. On avait fait rapport que trois jours auparavant, l'IAA 140 avait observé la personne résidente 012 qui avait des comportements inappropriés de nature sexuelle envers la personne résidente 049.

Trois mois plus tard, on avait soumis au directeur un rapport d'incident critique décrivant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre les personnes résidentes 049 et 012, au cours duquel on avait été témoin que la personne résidente 012 avait des comportements sexuels inappropriés envers la personne résidente 049.

Trois mois plus tard, à la suite du second incident dont on avait fait rapport, on avait signalé par le système de notification par téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture suivi le lendemain par la présentation au directeur d'un rapport d'incident critique, un incident d'allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. On avait fait rapport que la personne résidente 012 était entrée dans la chambre de la personne résidente 008 et lui avait demandé si elle voulait être plus qu'une simple amie. Quand la personne résidente 008 avait refusé, la personne résidente 012 avait fait des commentaires verbaux inappropriés en hurlant et en riant de la personne résidente 008.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 012 sur une période de 11 mois, et elle a remarqué un total de huit autres incidents de comportements inappropriés et d'attouchements de nature sexuelle entre les personnes résidentes 012 et 049. Il y avait aussi deux autres incidents de nature sexuelle de la personne résidente 012 envers des membres du personnel à deux dates précises de 2018.

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*

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente 049, on a déterminé qu'elle n'était pas capable de fournir un consentement au moment où les incidents de comportement inapproprié et d'attouchements de nature sexuelle s'étaient produits.

L'inspectrice 550 s'est entretenue le 25 janvier 2018 avec la/le DG, l'administratrice et la/le DDS. Ces personnes ont indiqué que la personne résidente 012 était obsédée par la personne résidente 049. La/le DDS a indiqué qu'après qu'ils aient eu connaissance du premier incident, la/le médecin avait demandé une consultation de psychogériatrie à l'équipe d'intervention, mais que la personne résidente n'avait pas encore été évaluée. La personne résidente 012 avait été vue au foyer par l'infirmière/l'infirmier psychogériatrique et par le membre du personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC pour gérer les comportements sexuels. On avait mis en œuvre une surveillance individuelle après le premier incident et changé la place de la personne résidente 012 dans la salle à manger pour qu'elle ne soit plus assise avec la personne résidente 049. Après le deuxième incident, on avait déménagé la personne résidente 012 à un autre étage du foyer afin qu'elle ne soit plus en contact avec la personne résidente 049. La directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué que depuis lors la personne résidente n'avait plus affiché de comportements sexuels.

À une certaine date, la/le DDS avait modifié le rapport d'incident critique soumis pour le premier incident, afin d'indiquer que la/le médecin avait ajusté la médication de la personne résidente, car celle-ci essayait toujours de faire des gestes de nature sexuelle. La personne résidente faisait actuellement l'objet d'une surveillance individuelle, une autre personne résidente qui semblait être en concurrence avec la personne résidente 012 pour attirer l'attention de la personne résidente 049 avait été transférée à un autre étage, et l'on avait mis à jour le programme de soins. Une note d'évolution datée de 17 jours après le premier incident et rédigée par la/le DDS indiquait que le personnel devait s'assurer que les deux personnes résidentes étaient assises à des tables différentes pour les repas; le personnel devait les surveiller et, si elles étaient assises l'une à côté de l'autre, il devait encourager gentiment l'une d'elles à changer de place. Si le personnel remarquait des comportements sexuels, il devait recourir à la méthode de persuasion par la douceur pour séparer les personnes résidentes tout en leur offrant un soutien affectif. Le personnel devait documenter tout comportement observé et la réaction de ces personnes résidentes, et il devait suivre les étapes susmentionnées pour réduire au minimum le contact et les interactions entre ces personnes résidentes.

La/le DDS avait ajouté les mêmes interventions au premier rapport d'incident critique, 21 jours plus tard à titre de « plan d'action en matière de comportement ». Un mois après l'incident, une note d'évolution rédigée par l'IA 143 indiquait que l'on avait maintenant changé l'attribution des places dans la salle à manger, et que la personne résidente 012 prenait désormais ses repas dans une salle à manger différente. L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 012 en place au moment des incidents et jusqu'en janvier 2018; elle n'a pas été en mesure de trouver que l'on avait ajouté ces interventions au programme de soins.

On remarquait qu'onze jours après le premier incident dont on avait fait rapport, la/le DDS avait ajouté au programme de soins écrit la mention suivante : « déterminer ce qui a déclenché le comportement ou ce qui y a conduit, veiller à ce que les personnes résidentes ne soient pas assises l'une à côté de l'autre, et surveiller l'apparition de tout comportement inapproprié ». Mais il n'y avait pas de mention indiquant à côté de quelle personne résidente la personne résidente 012 ne devait pas être assise.

Environ un mois après le premier incident dont on avait fait rapport, l'IA 126, infirmière/infirmier en pratique avancée, a examiné les interventions pour la personne résidente et a ajouté : « rester calme, et éviter les réactions de colère envers la personne résidente ».

Toutes les autres interventions étaient datées de 2016. Il n'y avait aucune indication que l'on avait réexaminé le programme de soins de la personne résidente après chaque incident. La directrice générale/le directeur général, l'administratrice et la/le DDS ont indiqué à l'inspectrice que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été réexaminé ni révisé après chaque incident, et qu'il ne comportait pas le « plan d'action en matière de comportement » qui avait été élaboré 21 jours après le premier incident.

La documentation fournie par l'administratrice indiquait que la supervision individuelle avait été mise en œuvre plusieurs jours après la date d'un incident particulier, pendant trois jours, lors de certains postes. Pour le second incident dont on avait fait rapport, la supervision individuelle avait commencé le lendemain, pendant trois jours lors de certains postes. Et pour le troisième incident dont on avait fait rapport, la surveillance individuelle avait commencé le lendemain, pendant six jours pour un poste spécifié.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. La/le médecin de la personne résidente au foyer avait fait une consultation plusieurs semaines après le premier incident dont on avait fait rapport, et demandé une évaluation psychogériatrique de la personne résidente en raison d'une augmentation du nombre de comportements relativement à toute intervention du personnel, et en raison d'une nouvelle relation « possessive » avec une personne résidente. La/le médecin a également indiqué avoir augmenté la dose d'un certain médicament, car il avait déjà été bénéfique pour gérer les comportements sexuels de la personne résidente, et la/le médecin avait aussi commencé l'administration d'un autre médicament en même temps. Il y avait une feuille d'envoi par télécopieur, datée de deux jours plus tard, après que la demande de consultation eut été faite par la/le médecin de la personne résidente, et une note manuscrite de l'IA 119 sur le « Geriatric Psychiatric Outreach Program Referral Form » (formulaire d'aiguillage vers le programme d'intervention en psychiatrie gériatrique) avec la mention « a été télécopié ». L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant qu'une consultation psychogériatrique avait eu lieu.

Lors d'un entretien téléphonique, le 30 janvier 2018, l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir reçu de demande de consultation pour cette personne résidente. Il/elle a indiqué que l'on avait suggéré à la/au DDS de transférer la personne résidente à un autre étage, et que cela avait finalement été fait. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie avait fait un suivi avec le foyer pour voir si la personne résidente manifestait davantage de comportements, et on lui avait dit que depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage elle n'affichait plus d'autres comportements. L'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie avait vérifié auprès de la/du DDS pour voir si la personne résidente devait encore être évaluée par l'équipe de psychogériatrie, et on lui avait dit que la personne résidente 012 n'avait plus de comportements sexuels depuis qu'elle avait déménagé à un autre étage. On n'avait pas informé l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie des deux derniers incidents de comportement sexuels envers des membres du personnel qui avaient eu lieu après le déménagement de la personne résidente à un autre étage.

La/le DDS avait par la suite confirmé à l'inspectrice que l'on n'avait pas télécopié la demande de consultation de psychogériatrie à l'infirmière-conseil en psychogériatrie, que l'IA 119 avait oublié de la télécopier et que l'on n'avait fait aucun autre suivi avec l'infirmière/l'infirmier en psychogériatrie après les deux derniers incidents identifiés.

Lors d'un entretien le 26 janvier 2018, la/le PSP 101, membre de l'équipe de champions du Projet OSTC, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 012 avait des comportements sexuels inappropriés, hurlait fort, et pouvait être agressive envers d'autres personnes résidentes. Le membre de l'équipe de champions du Projet OSTC travaille un jour par semaine à cet étage; les membres de cette équipe d'une part voient les personnes résidentes que l'on a identifiées lors du rapport de poste comme affichant des comportements réactifs et les personnes qui affichent des comportements réactifs au petit-déjeuner dans la salle à manger, ils aident d'autre part les membres du personnel à donner le bain aux personnes résidentes difficiles. Quand les membres de l'équipe de champions du Projet OSTC voient une personne résidente, ils doivent inscrire dans le « classeur de l'équipe de champions du Projet OSTC » la date, le nom de la personne résidente ayant fait l'objet de la visite et le motif de la visite. Ils documentent également les faits dans les notes d'évolution. Le membre du personnel du Projet OSTC a montré à l'inspectrice dans le classeur une période de six mois au cours de laquelle la personne résidente 012 avait été vue par le Projet OSTC. Il y avait un total de 22 dates saisies pour la personne résidente 012 pendant cette période. La documentation concernait des comportements spécifiques comme :

Hurler

Crier au moment des repas

Essayer d'embrasser la personne résidente 049

Faire preuve d'impolitesse envers le
personnel

Opposer de la résistance aux soins

Faire du bruit

Se battre avec une autre personne résidente

Ressentir de l'anxiété et avoir un comportement vocalement inapproprié.

Il n'y avait aucun document indiquant que le personnel de l'équipe de champions du Projet OSTC avait des interventions particulières qu'il avait utilisées en intervenant auprès de la personne résidente après chacun des comportements susmentionnés.

Le membre 101 de l'équipe de champions du Projet OSTC a confirmé que les notes rédigées pour la personne résidente 012 étaient les seules, car le Projet OSTC n'était pas intervenu auprès de la personne résidente hormis les 22 fois qui étaient documentées.



**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*

Comme en témoigne ce qui précède, les mesures prises pour répondre aux besoins de la personne résidente 012 ne comprenaient pas des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions de la personne résidente aux interventions n'étaient pas documentées.

La portée et la gravité de ce non-respect ont été examinées par l'inspectrice. Le fait que la personne résidente 012 ait manifesté des comportements de nature sexuelle envers la personne résidente 049 lors de neuf incidents sur une période de cinq mois et que, même après avoir été déplacée à un étage différent, elle ait continué de manifester des comportements de nature sexuelle lors d'incidents envers une personne résidente déterminée et envers le personnel, constitue un grand risque de préjudice pour ces personnes. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 3 avril 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, 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*

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.

Émis le 13 mars 2018 (A1)

Signature de l'inspectrice

Nom de l'inspectrice : Mélanie Sarrazin

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