



**Ministry of Long-Term
Care**

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

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

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

**Division des opérations relatives aux
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 destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
18 décembre 2020	2020_831211_0015	005296-20, 016032-20	Plainte

Titulaire de permis

Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited
264, avenue Norwich Woodstock, ON N4S 3V9

Foyer de soins de longue durée

Caressant Care Bourget
2279, rue Laval, CP 99 Bourget ON K0A 1E0

Nom de l'inspectrice

JOELLE TAILLEFER (211)

Résumé de l'inspection

Cette inspection concernait une plainte.

**Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 27, 28 et 29 octobre 2020
et 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13 et 16 novembre 2020.**

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre n° 005296-20 : plainte concernant un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**
- Registre n° 005223-20 : inspection relative à un incident critique (dans le cadre du SIC) incluse dans la présente inspection concernant des mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente correspondant à la plainte (registre n° 005296-20).**
- Registre n° 016032-20 rapport d'incident critique dans le cadre du SIC concernant un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur du foyer, directrice régionale ou directeur régional, directrice ou directeur des soins infirmiers et directrice ou directeur des soins infirmiers par intérim, directrice ou directeur intérimaire des soins infirmiers (DISI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), IAA du minimum de données standardisées (MDS) de la méthode d'évaluation RAI (IAA/RAI-MDS), PSSP du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (PSSP/Projet OSTC), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), personne préposée aux services de soutien aux personnes résidentes, personne préposée à l'entretien, commis, et une personne résidente.

En outre, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes et des notes d'enquête du titulaire de permis; elle a observé ce qui suit : la prestation des soins aux personnes résidentes, des chambres de personnes résidentes et une aire commune réservée aux personnes résidentes, les interactions des personnes résidentes entre elles, ainsi que les politiques et marches à suivre relatives aux mauvais traitements envers une personne résidente et à la gestion des comportements réactifs.

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Comportements réactifs**

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

8 AE
0 0 PRV
1 1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

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

En particulier concernant ce qui suit :

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger deux personnes résidentes contre des mauvais traitements de la part d'une personne résidente.

Selon le paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 mauvais traitement d'ordre sexuel s'entend : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel ».

On a reçu une plainte concernant une allégation de multiples incidents de mauvais traitements de la part d'une personne résidente envers la personne résidente 003.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis et indiquait que la personne résidente 001 avait fait des attouchements de nature sexuelle à la personne résidente 003.

Un autre RIC a été soumis mentionnant des attouchements de nature sexuelle entre les personnes résidentes 001 et 002.

De multiples allégations de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 étaient documentées dans les notes d'évolution de celle-ci.

D'autres entretiens ont eu lieu avec plusieurs membres du personnel qui ont déclaré que la personne résidente 001 avait précédemment manifesté des comportements d'ordre sexuel envers d'autres personnes résidentes, mais que l'on avait remédié à ce comportement depuis un certain temps. Les personnes résidentes 003 et 002 n'étaient pas en mesure de comprendre une activité sexuelle ou d'y donner leur consentement.

Le titulaire de permis n'a pas protégé ces personnes résidentes contre des cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002 et 003. Entretiens avec trois membres du personnel. [Paragraphe 19. (1)]

Autres mesures requises :

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

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

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; 2007, chap. 8, par. 6 (4).**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

Par. 6. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

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 :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente 001 collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent.

Plusieurs cas de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel étaient documentés dans les notes d'évolution des personnes résidentes 001 et 003 et dans le *24 hours Resident Condition Report* (état de la personne résidente – rapport de 24 heures).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente 001 qui manifestait des comportements d'ordre sexuel envers la personne résidente 003 collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente 001 avant une certaine date. Ainsi, la personne résidente 001 manifestait toujours un comportement d'ordre sexuel envers la personne résidente 003 à des dates différentes.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001 et 002 et fiche de collecte de données du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©). Entretien avec un membre du personnel. [Dispositions 6. (4)b]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent documentés pour les personnes résidentes 001 et 002.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient de commencer la surveillance à l'aide du BSO-DOS©. La fiche de surveillance aux demi-heures du BSO-DOS© n'était pas documentée pour de multiples dates et heures différentes.

Les notes d'évolution de la personne résidente 002 indiquaient de commencer la surveillance à l'aide du BSO-DOS© pendant un certain nombre de jours. La fiche de surveillance aux demi-heures du BSO-DOS© n'était pas documentée à une certaine date et à certaines heures.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévue dans la fiche de collecte de données du BSO-DOS© fût documentée toutes les demi-heures à certaines dates pour les personnes résidentes 001 et 002.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001 et 002 et fiche de collecte de données du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©). Programme de soins des personnes résidentes 001 et 002 dans le logiciel PointClickCare. [Dispositions 6. (9) 1.]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût révisé à tout autre moment lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

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

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

De multiples allégations de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel étaient documentées dans les notes d'évolution des personnes résidentes 001 et 003 et dans le *24 hours Resident Condition Report* (état de la personne résidente – rapport de 24 heures). Le programme de soins de la personne résidente 001 a été établi et l'on a mis en place des interventions après plusieurs allégations de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers la personne résidente 003. La personne résidente 001 a continué de manifester des comportements réactifs et de tenter de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003 après la mise en place des interventions.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût révisé lorsqu'elle a continué de manifester des comportements réactifs. En outre, la surveillance aux demi-heures du BSO-DOS© a été documentée pour la dernière fois à une date déterminée. En conséquence, la personne résidente 001 a pu continuer de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001 et 003 et fiche de collecte de données du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©), et programme de soins de la personne résidente 001. [Disposition 6. (10) c]

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 concernant ce qui suit :

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, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers des personnes résidentes.

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

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée *Abuse and Neglect – Resident to Resident* (mauvais traitements et négligence – d'une personne résidente de la part d'une personne résidente), datée de septembre 2018, qui se lit comme suit à la section « signalement » :

- Tous les cas soupçonnés ou réels de mauvais traitements doivent être immédiatement signalés à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI) ou à la directrice générale ou au directeur général. En l'absence de personnel d'encadrement, on doit immédiatement faire rapport des préoccupations à l'infirmière ou à l'infirmier responsable qui avisera le responsable de garde.
- Après avoir reçu avis des mauvais traitements, la ou le DSI/responsable de garde avisera immédiatement la directrice générale ou le directeur général de l'ouverture d'une enquête.
- La directrice générale ou le directeur général/DSI ou bien sa représentante ou son représentant doit notifier immédiatement à la police tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence pouvant constituer un acte criminel.
- La directrice générale ou le directeur général/DSI qui a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un des cas suivants s'est produit ou peut se produire doit immédiatement faire rapport au directeur nommé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de ce soupçon et des informations sur lesquelles il se fonde :
 - b) mauvais traitements d'une personne résidente de la part de qui que ce soit, ou négligence d'une personne résidente par le foyer ou son personnel, ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente.
- La directrice générale ou le directeur général ou bien sa représentante ou son représentant, dès qu'il ou elle a connaissance de l'incident le signalera immédiatement au directeur à l'aide du formulaire du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) en application de la section sur l'obligation de faire rapport, ou après les heures de normales de bureau en appelant ServiceOntario au 1 888 999-6973.

Il y a eu plusieurs allégations de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers les personnes résidentes 003 et 002.

La ou le DISI a déclaré que lorsque le personnel soupçonnait un comportement ou un préjudice d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente envers une autre personne résidente qui avait lieu après les heures normales de bureau, l'infirmière ou l'infirmier devait immédiatement aviser la ou le responsable de garde pour obtenir des conseils.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique prise en application de la section « signalement » quand il y a eu allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers les personnes résidentes 003 et 002.

Sources : examen des notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002 et 003. Examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Abuse and Neglect-Staff to Resident, Family to Resident, Resident to Resident, Resident and/or Family to Staff* (mauvais traitements et négligence – d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, d'une personne résidente de la part de sa famille, d'une personne résidente de la part d'une personne résidente, et du personnel de la part d'une personne résidente ou d'une famille). Entretien avec la ou le DISI 102.
[Paragraphe 20. (1)]

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. 23. Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 23. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,

(ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,

(iii) tout autre acte que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, par. 23 (1).

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident; 2007, chap. 8, par. 23 (1).

c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'ordre sexuel envers les personnes résidentes 002 et 003 de la part de la personne résidente 001 dont le titulaire de permis a connaissance ou dont on lui fait rapport fasse l'objet d'une enquête immédiate et à ce que des mesures appropriées fussent prises en réponse à chaque incident.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient qu'elle avait essayé de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait une enquête et pris des mesures appropriées en réaction à l'allégation de comportement d'ordre sexuel quand la personne résidente 001 a tenté de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003, ce que le titulaire de permis savait et avait signalé.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002 et 003. *24 hours Resident Condition Report* (état de la personne résidente - rapport de 24 heures). Entretiens avec la ou le DISI et une ou un IA. [Dispositions 23. (1)a]

AE n° 5 : 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 concernant ce qui suit :

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

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'il s'est produit un mauvais traitement d'une personne résidente fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Le titulaire de permis a soumis deux rapports d'incident critique (RIC) sur une période de cinq mois. Un rapport d'incident critique indiquait que la personne résidente 001 avait fait des attouchements de nature sexuelle à la personne résidente 003, et l'autre rapport d'incident critique mentionnait des attouchements de nature sexuelle entre les personnes résidentes 001 et 002. Le personnel n'a pas été en mesure de déterminer si la personne résidente 002 avait la capacité cognitive de prendre des décisions au moment de l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel qui a des motifs raisonnables de soupçonner que les personnes résidentes 003 et 002 subissaient des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 fût immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements dont il disposait.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002 et 003. Entretien avec la ou le DIS 104 et la ou le DISI 102 [Paragraphe 24. (1)]

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53. Comportements réactifs

En particulier concernant ce qui suit :

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).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des protocoles qui permettent de surveiller la personne résidente 001 et de présenter des rapports internes fussent élaborés pour répondre aux besoins de la personne résidente 001 qui avait des comportements réactifs depuis un certain temps.

La surveillance aux demi-heures du BSO-DOS© a été documentée pour la dernière fois à une certaine date.

Le formulaire *24 hours Resident Condition Report* (état de la personne résidente – rapport de 24 heures) après une certaine date indiquait que la personne résidente 001 continuait d'aller dans un endroit du foyer et essayait de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient qu'on l'avait observée en train de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Le formulaire *24 hours Resident Condition Report* (état de la personne résidente – rapport de 24 heures) indiquait à une certaine date que la personne résidente 001 était de nouveau venue dans l'endroit du foyer et se tenait très près de la personne résidente 003. On avait mis en place une intervention et instauré dans le programme de soins du PointClickCare de la personne résidente 001 une surveillance par contrôles de sécurité toutes les 15 minutes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une fiche de surveillance du BSO-DOS© et des protocoles de signalement interne fussent élaborés dans un délai de deux jours pour répondre aux besoins la personne résidente 001 qui avait des comportements réactifs. En conséquence, on a observé que la personne résidente 001 faisait des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003. [Disposition 53. (1) 3.]

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,
art. 97. Notification : incidents**

En particulier concernant ce qui suit :

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

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on avisât immédiatement la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente dès qu'il a pris connaissance de l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 003 de la part de la personne résidente 001 et entre les personnes résidentes 001 et 002, incident qui causait des souffrances pouvant être préjudiciables à la santé et au bien-être de la personne résidente.

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte relative à une allégation d'incident d'agression à caractère sexuel commise par la personne résidente 001 à l'égard de la personne résidente 003. Le sujet de préoccupation concernait le fait que la personne détentriche d'une procuration de la personne résidente 003 avait été informée le lendemain seulement de l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers la personne résidente 003. En outre, la personne résidente 001 avait tenté auparavant de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient lors de deux dates différentes que la personne résidente 001 avait tenté de faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003. Cinq jours plus tard, la personne résidente 001 avait fait des attouchements sexuels à la personne résidente 003. Un entretien avec la ou le DISI 102 et un examen des notes d'évolution de la personne résidente 003 indiquaient que le lendemain on avait contacté et informé la ou le MS de la personne résidente 003 de l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Les notes d'évolution de la personne résidente 002 indiquaient que l'on avait observé la personne résidente 001 qui faisait des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 002 et que la personne détentricice d'une procuration de la personne résidente 002 avait été informée le lendemain.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne détentricice d'une procuration de la personne résidente 002 et la ou le MS de la personne résidente 003 fussent immédiatement avisés quand il y avait des incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement d'ordre sexuel qui occasionnaient des souffrances potentiellement préjudiciables pour la santé ou le bien-être de la personne résidente.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002, et 003. Entretiens avec la ou le DISI 102 et un autre membre du personnel. [Disposition 97. (1)a)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné fût immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement de nature sexuelle de la part de la personne résidente 001 envers la personne résidente 003 à des dates précises s'il soupçonnait que cela constituait une infraction criminelle.

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

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte indiquant avoir été informé le lendemain d'une allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 003 de la part de la personne résidente 001. Le ministère était également préoccupé par le fait qu'on ne l'avait pas contacté aux dates précédentes lorsque la personne résidente 001 avait manifesté des comportements d'ordre sexuel envers la personne résidente 003.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 mentionnaient plusieurs incidents ultérieurs de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers les personnes résidentes 003 et 002.

Les notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient que le corps de police avait été avisé le lendemain de l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers la personne résidente 003.

Les notes d'évolution de la personne résidente 002 indiquaient qu'on l'avait observée en train de manifester un comportement d'ordre sexuel avec la personne résidente 001. La documentation de la ou du DSI 101 indiquait que le corps de police n'avait pas été informé, car il n'y avait pas de manifestation de résistance entre les personnes résidentes 001 et 002. Par la suite, la ou le DSI 101 a écrit que le personnel n'avait pas été en mesure de déterminer la capacité cognitive de prise de décisions de la personne résidente 002 au moment de l'incident.

Lors d'entretiens, deux membres du personnel ont déclaré que la police aurait dû être avisée immédiatement lorsqu'ils avaient soupçonné ou observé la personne résidente 001 qui manifestait des comportements d'ordre sexuel envers la personne résidente 003. La ou le DSI 102 a déclaré que l'on aurait dû aviser immédiatement le corps de police quand les personnes résidentes 001 et 002 manifestaient des comportements d'ordre sexuel puisque la personne résidente 002 n'avait pas la compréhension nécessaire pour comprendre le geste comme une interaction sexuelle, et qu'elle n'était donc pas en mesure d'y consentir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné fût immédiatement avisé de tout comportement d'ordre sexuel allégué, soupçonné ou observé de la part de la personne résidente 001 envers les personnes résidentes 003 et 002.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002, et 003.
Entretiens avec la personne auteure de la plainte, la ou le DSI 104 et la ou le
DISI 102. [Art. 98]

Émis le 4 janvier 2021.

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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 Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Copie destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : JOELLE TAILLEFER (211)

N° de l'inspection : 2020_831211_0015

N° de registre : 005296-20, 016032-20

Type d'inspection : Plainte

Date du rapport : 18 décembre 2020

Titulaire de permis : Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited
264, avenue Norwich, Woodstock, ON N4S-3V9

Foyer de SLD : Caressant Care Bourget
2279, rue Laval, CP 99, Bourget, ON K0A-1E0

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** Pamela Richmond

À l'intention de Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited, vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

Aux termes de la :

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

Ordre :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

En particulier, le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que les personnes résidentes 002 et 003 ou toute autre personne résidente soient protégées contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001.

Le plan doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

1. Offrir un recyclage à tout le personnel concernant la façon de détecter et de signaler un cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements conformément aux politiques du foyer, recyclage qui comprend également ce qui suit :

- prendre des mesures rapides pour protéger efficacement toutes les personnes résidentes contre les mauvais traitements,
- aviser le responsable de garde après les heures normales de bureau pour obtenir des conseils,
- ouvrir immédiatement une enquête,
- aviser immédiatement le corps de police concerné de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement envers une personne résidente si le titulaire de permis soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle.
- aviser immédiatement le directeur aux termes du paragraphe 24 (1) de la LFSLD, lorsque quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'une personne résidente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente,

2. Élaborer un système dans le cadre duquel la directrice ou le directeur des soins infirmiers ou bien sa représentante ou son représentant examine au moins quotidiennement toute la documentation ou toutes les communications du personnel de première ligne pour déterminer s'il s'est produit au foyer un cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements envers une personne résidente.

3. Élaborer un système dans le cadre duquel quand une personne résidente a des comportements réactifs, elle est évaluée, on élabore des mesures d'intervention et on les met immédiatement en œuvre. Ces mesures d'intervention doivent être documentées dans le programme de soins de la personne résidente et être révisées au besoin après chaque comportement réactif.

4. Élaborer un système pour faire savoir à l'équipe de chaque poste de travail quand la personne résidente 001 a manifesté un comportement réactif d'ordre sexuel afin de prévenir d'autres incidents.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité pour l'inspection n° 2020_831211_0015 à Joelle Taillefer, inspectrice des foyers de soins de longue durée, MSLD, par télécopieur au 613 569-9670 avant le 30 décembre 2020.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes 002 et 003 de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001.

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

On a reçu une plainte concernant une allégation de plusieurs incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001 envers la personne résidente 003.

Deux rapports d'incident critique (RIC) ont été soumis en cinq mois et indiquaient que la personne résidente 001 avait fait des attouchements de nature sexuelle aux personnes résidentes 003 et 002.

Plusieurs allégations de gestes et d'attouchements d'ordre sexuel qui avaient eu lieu de la part de la personne résidente 001 envers les personnes résidentes 003 et 002 étaient documentées dans les notes d'évolution de la personne résidente 001.

D'autres entretiens ont eu lieu avec plusieurs membres du personnel qui ont déclaré que la personne résidente 001 avait précédemment manifesté des comportements d'ordre sexuel envers d'autres personnes résidentes, mais que l'on avait remédié à ce comportement depuis un certain temps. Les personnes résidentes 002 et 003 n'étaient pas en mesure de comprendre une activité sexuelle ou d'y donner leur consentement.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Le titulaire de permis n'a pas protégé ces personnes résidentes contre des cas allégués de mauvais traitement d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001.

Sources : notes d'évolution des personnes résidentes 001, 002 et 003.
Entretiens avec quatre membres du personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté ce qui suit :

1. LFSLD – paragraphe 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 (Reportez-vous à l'AE n° 3.)

2. LFSLD – paragraphe 23 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate : (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit. (Reportez-vous à l'AE n° 4.)

3. LFSLD – paragraphe 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 : 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. (Reportez-vous à l'AE n° 5.)

4. Règl. de l'Ont. 79/10 – article 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. (Reportez-vous à l'AE n° 8.)

5. LFSLD – disposition 6 (4)b). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

LFSLD – disposition 6 (9)1. Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. (Reportez-vous à l'AE n° 2.)

7. LFSLD – disposition 6 (10)c). 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 les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. (Reportez-vous à l'AE n° 2.)

8. Règl. de l'Ont. 79/10 – disposition 53 (1)3. 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 : 3. Des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes. (Reportez-vous à l'AE n° 6.)

10. Règl. de l'Ont. 79/10 – paragraphe 97 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident : a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être. (Reportez-vous à l'AE n° 7.)

Un ordre a été émis en tenant compte des éléments susmentionnés suivants.

Gravité : Deux personnes résidentes ont prétendument subi des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 001. Il en est résulté un risque réel de préjudice pour les personnes résidentes 002 et 003, car le personnel n'avait observé aucun changement important dans l'état des deux personnes résidentes après les incidents.

Portée : Ce problème était habituel, car la personne résidente 001 a été en mesure de faire des attouchements d'ordre sexuel une fois aux deux personnes résidentes après trois tentatives observées pour faire des attouchements d'ordre sexuel à la personne résidente 003.

Antécédents de conformité : Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis pour le paragraphe 19 (1) de la LFSLD et un avis écrit (AE) pour le paragraphe 24 (1) de la LFSLD concernant la prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles au cours des 36 derniers mois. (211)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 1^{er} février 2021

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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 des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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)
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

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

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 18 décembre 2020.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joelle Taillefer

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