



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

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

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

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

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 18 août 2016	Numéro d'inspection 2016_381592_0017	N° de registre 019105-16, 020159-16, 020413-16, 020158-16, 016305-16, 021155-16	Type d'inspection Incident critique
Titulaire de permis Chartwell Master Care LP 100, rue Milverton, bureau 700, MISSISSAUGA ON L5R 4H1			
Foyer de soins de longue durée CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE CHÂTEAU GARDENS LANCASTER 105, CHEMIN MILITARY NORD, C. P. 429, LANCASTER ON K0C 1N0			
Nom de l'inspectrice MÉLANIE SARRAZIN (592)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre du **Système de rapport d'incidents critiques**.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 21, 22, 25, 26, 27 et 28 juillet, et 2 août 2016.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a effectué un total de sept inspections d'incidents critiques ayant les numéros de registre : 020158-16 et 016305-16 (système de communication bilatérale), 019105-16, 020159-16, 020413-16, 021155-16 et 023439 (cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente envers une autre).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice, directrice des soins (DDS), infirmière autorisée (IA), infirmière auxiliaire autorisée (IAA), préposée au soutien en cas de trouble du comportement (PSTC), préposée aux services de soutien à la personne (PSSP), et personnes résidentes. Au cours de cette inspection, l'inspectrice a observé l'administration des soins et la prestation des services aux personnes résidentes, elle a examiné des dossiers de personnes résidentes ainsi que les politiques et procédures du foyer.

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

Services d'hébergement – entretien

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

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

4 AE

4 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Programme de soins

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

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

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour la personne résidente n° 007, un programme de soins qui établit les soins prévus pour la personne résidente.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente par une autre personne résidente entre les personnes résidentes n° 010 et 007 à une date spécifiée de mai 2016.

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 007 indiquait qu'elle avait été admise au foyer lors d'un mois spécifié de 2015, avec une déficience cognitive et d'autres problèmes d'ordre médical.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 007 indiquait qu'à une date spécifiée de mai 2016, on avait observé la personne résidente n° 010 en train de froter des parties du corps de la personne résidente n° 007 en remontant vers une partie privée au moment où elle avait été arrêtée par la personne résidente. Un membre du personnel avait mentionné à la personne résidente n° 010 l'inconvenance de ses actes et la personne résidente avait déclaré : « Je veux seulement toucher sa partie privée ». On avait retiré la personne résidente n° 010 des lieux. Les notes d'évolution indiquaient de plus qu'un membre du personnel avait consolé la personne résidente n° 007 pendant 10 minutes, car l'incident l'avait bouleversée.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre la personne résidente n° 006 et la personne résidente n° 007 qui a eu lieu à une date spécifiée de juin 2016.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 007 on remarquait, à une date spécifiée de juin 2016, que l'on avait observé la personne résidente n° 006 en train de faire des attouchements inappropriés à la personne résidente n° 007. Les personnes résidentes avaient été immédiatement séparées.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre la personne résidente n° 010 et la personne résidente n° 007 qui a eu lieu à une date spécifiée de juillet 2016.

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente n° 007, on a remarqué qu'à une date spécifiée de juillet 2016, un membre du personnel infirmier autorisé avait vu la personne résidente n° 010 faire des attouchements inappropriés à la personne résidente n° 007. On avait immédiatement retiré des lieux la personne résidente n° 010.

Le 25 juillet 2016, la PSSP n° 106 affectée par le foyer en qualité de préposée au soutien en cas de trouble du comportement, avait dit à l'inspectrice n° 592 lors d'une entrevue qu'elle était au courant des épisodes de comportement sexuel des personnes résidentes n° 006 et 010 à l'endroit de la personne résidente n° 007. Elle avait de plus déclaré à l'inspectrice qu'elle offrait du soutien et de la formation aux PSSP sur la façon de faire face aux comportements des personnes résidentes n° 006 et 010. Elle a dit à l'inspectrice n° 592 qu'il n'y avait pas de plan d'interventions spécifique pour la personne résidente n° 007, mais que le personnel surveillait les allées et venues des personnes résidentes n° 006 et 010.

Le 27 juillet 2016, lors d'une entrevue avec l'IA n° 108 et l'IAA n° 102, toutes deux ont dit à l'inspectrice n° 592 qu'elles étaient au courant que la personne résidente n° 007 avait récemment fait l'objet d'un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel. Les deux membres du personnel ont de plus dit à l'inspectrice n° 592 que la personne résidente n° 007 se servait d'un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité, et qu'elle dépendait des membres du personnel pour ses soins. Elles ont de plus dit à l'inspectrice n° 592 que l'on considérait la personne résidente n° 007 comme passive et vulnérable, et qu'elle constituait donc une cible pour les autres personnes résidentes dont on connaissait les comportements sexuels et qui se déplaçaient par leurs propres moyens dans l'unité. Les deux membres du personnel ont dit à l'inspectrice n° 592 que l'on surveillait les allées et venues des personnes résidentes n° 006 et 010, mais que l'on n'avait mis en place aucune intervention précise planifiée pour la personne résidente n° 007.

L'examen des documents du programme de soins actuel avec l'IA n° 108, pour la personne résidente n° 007, entre mai et juillet 2016, indiquait qu'elle avait une capacité réduite de s'exprimer et de comprendre autrui. Le programme de soins indiquait de plus que la personne résidente n° 007 subissait un déclin progressif de son fonctionnement cognitif et qu'elle avait d'autres problèmes de santé. L'IA n° 108 a confirmé qu'il n'y avait pas de programme de soins écrit pour la personne résidente n° 007 qui établissait un programme pour maintenir un environnement sûr en la protégeant des mauvais traitements éventuels des autres personnes résidentes. (N^{os} de registre 023439-16, 021155-16 et 019105-16) [alinéa 6 (1)a)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 programme de soins écrit de la personne résidente n° 007 établit les soins prévus pour la personne résidente n° 007 afin de veiller à ce qu'elle soit en sécurité dans son environnement. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10
Système de communication bilatérale

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

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

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

Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (sonnette d'appel) puisse être aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes n° 003 et 005 en tout temps.**

Deux rapports d'incident critique ont été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant une défaillance du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel. (N^{os} de registre 020158-16 et 016305-16)

Un nouveau système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel a été mis en place et était fonctionnel au moment de l'inspection.

Le 29 juillet 2016, l'inspectrice n° 592 a remarqué une personne résidente assise à côté de son lit sur son fauteuil roulant dans une chambre spécifiée. L'inspectrice a remarqué que la sonnette d'appel était hors de la portée de la personne résidente. Dans une entrevue avec la PSSP n° 100, celle-ci a fait remarquer à l'inspectrice que la longueur du fil de la sonnette d'appel était trop courte pour être accessible pour la personne résidente.

Le 22 juillet 2016, on a observé la personne résidente n° 003 assise dans son fauteuil roulant à côté de son lit dans une chambre partagée. On a remarqué que le fil de la sonnette d'appel pendait du panneau d'activation situé sur le mur entre le lit de la personne résidente n° 003 et le lit de la personne résidente qui partageait sa chambre.

Dans une entrevue, la personne résidente a déclaré que lorsqu'elle a besoin d'aide, elle utilise la sonnette d'appel pour avoir de l'assistance. La personne résidente a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle n'était pas capable d'avoir accès à sa sonnette d'appel, car son fauteuil roulant était trop large pour tenir entre les deux lits. Elle a également dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle devait se transférer sur son lit, puis rouler et essayer d'étirer le bras pour tenter d'atteindre le fil de la sonnette d'appel ce qui risquait de lui faire faire une chute.

Le même jour, l'inspectrice n° 592 a observé la personne résidente n° 005 assise dans son fauteuil roulant à côté de son lit. L'inspectrice a remarqué que le fil de la sonnette d'appel pendait du panneau d'activation situé sur le mur à côté de la table de nuit de la personne résidente et de son lit. La personne résidente n° 005 a montré à l'inspectrice n° 592 le dispositif de levage pour les transferts à côté de son lit qui se trouvait devant le panneau d'activation. La personne résidente n° 005 a montré à l'inspectrice n° 592 en se rapprochant avec son fauteuil roulant qu'elle était incapable d'atteindre sa sonnette d'appel. L'inspectrice n° 592 a remarqué que l'endroit où se trouvaient la table de nuit, le lit et le dispositif de levage pour les transferts empêchait la personne résidente n° 005 d'avoir accès à sa sonnette d'appel.

Lors d'une entrevue, l'administratrice a dit à l'inspectrice n° 592 que le foyer avait été mis au courant de certaines préoccupations concernant le nouveau système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel. Elle a dit à l'inspectrice n° 592 qu'à cause du manque de longueur du fil de la sonnette d'appel le foyer avait commandé des rallonges à ajouter au fil des sonnettes d'appel. Elle a déclaré de plus à l'inspectrice n° 592 qu'entre temps on avait fourni une rallonge temporaire aux personnes résidentes identifiées comme étant capables d'utiliser leur sonnette d'appel. Lors d'une visite des chambres des personnes résidentes n° 003 et 005 en compagnie de l'administratrice, celle-ci avait dit à l'inspectrice que l'on n'avait pas fourni de rallonges à ces personnes résidentes qui étaient toutes deux capables, et qu'elles devaient avoir accès à leur sonnette d'appel en tout temps. [alinéa 17 (1)a]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel puisse être accessible aux personnes résidentes n° 003 et 005 et utilisable par elles en tout temps. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

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

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

Par. 20 (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).

Faits saillants :

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

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

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

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

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre la personne résidente n° 006 et la personne résidente n° 009. (N° de registre 020413-16)

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 006 indiquait qu'à une date spécifiée de juin 2016, on avait observé la personne résidente n° 006 en train de faire des attouchements inappropriés à la personne résidente n° 009 assise sur une chaise dans le salon avant du foyer.

Selon le par. 2 (1) 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 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.

**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***

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 009 indiquait que l'on avait défini qu'elle avait une perte de mémoire, un jugement affaibli et des troubles cognitifs, et qu'elle était par conséquent incapable de fournir un consentement à des attouchements de nature sexuelle. De plus, on n'avait trouvé aucun document dans les dossiers médicaux de la personne résidente n° 009 concernant l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel à une date spécifiée de juin 2016.

L'inspectrice n° 592 a examiné la politique relative au programme de prévention des mauvais traitements des personnes résidentes et à la protection en cas de dénonciation (« Resident Abuse-Abuse Prevention Program-Whistle-Blowing Protection Policy n° LTC-CA-ALL-100-05-02 ») avec prise d'effet en juillet 2010. Un examen de cette politique indiquait, à la rubrique procédures, de faire une évaluation de la personne résidente immédiatement après le signalement d'un cas allégué ou observé de mauvais traitement. La politique indique de plus à la rubrique documentation de veiller à ce que toutes les évaluations physiques et tous les examens physiques soient mentionnés en étant décrits clairement et en détail, et que toutes les entrées soient signées et datées en indiquant l'heure de la mention.

La politique indique de plus qu'il faut remplir un formulaire intitulé Resident Incident Report (signalement d'incident – personne résidente) dans la mesure où il s'applique au foyer.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 108 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle était l'infirmière autorisée responsable de l'étage le jour de l'incident. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 qu'après avoir été avisé d'un cas allégué de mauvais traitement, on doit effectuer immédiatement une évaluation physique des personnes impliquées dans l'incident pour évaluer tout indice de trouble émotionnel ou de lésions corporelles. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que l'on remplit également un formulaire de signalement d'incident – personne résidente pour les personnes impliquées dans l'incident; ce formulaire décrit les faits en détail et indique les mesures prises. L'IA n° 108 a confirmé à l'inspectrice n° 592 qu'elle n'avait pas rempli de document pour la personne résidente n° 009 à la suite du signalement du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Lors d'une entrevue avec la directrice des soins (DDS) et l'administratrice, toutes deux ont dit à l'inspectrice n° 592 que le foyer s'attend à ce que tous les événements liés à un cas allégué de mauvais traitement doivent être documentés dans chaque dossier de soins médicaux de chaque personne résidente concernée. Elles ont dit de plus à l'inspectrice n° 592 que l'on doit effectuer et documenter une évaluation des personnes résidentes impliquées dans l'incident. Elles ont dit toutes deux à l'inspectrice n° 592 que l'on doit également remplir un formulaire de signalement d'incident – personne résidente pour les personnes impliquées dans l'incident; ce formulaire décrit l'incident en détail et indique les mesures prises conformément à la politique du foyer. [par. 20 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro conformément au paragraphe 20 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, quand on n'a pas fait immédiatement rapport au directeur d'un cas de mauvais traitement en application de l'alinéa 20 (2)d) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.

**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***

Selon le par. 2 (1) 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 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.

Mauvais traitement d'ordre affectif s'entend de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants ou intimidants de la part d'un résident qui suscitent la crainte ou la peur chez un autre résident, si le résident responsable des gestes, actes, comportements ou remarques en comprend la nature et les conséquences.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel entre la personne résidente n° 010 et la personne résidente n° 007, qui a été signalé à une date spécifiée de juillet 2016. (N° de registre 021155-16)

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente n° 007, on a remarqué qu'à une date spécifiée de juillet 2016, un membre du personnel infirmier autorisé avait vu la personne résidente n° 010 faire des attouchements inappropriés à la personne résidente n° 007. On avait immédiatement retiré la personne résidente n° 010 des lieux.

Lors de l'examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 d'avril à juillet 2016, l'inspectrice n° 592 a remarqué qu'il y avait eu un autre incident impliquant les personnes résidentes n° 010 et 007 à une date spécifiée de mai 2016. Les notes d'évolution indiquaient que l'on avait observé la personne résidente n° 010 en train de frotter des parties du corps de la personne résidente n° 007 et qu'elle allait atteindre les parties privées de la personne résidente n° 007 quand elle avait été arrêtée par la personne résidente. Un membre du personnel avait mentionné à la personne résidente n° 010 l'inconvenance de ses actes, et la personne résidente n° 010 avait déclaré : « Je veux seulement toucher sa partie privée ». Les notes d'évolution indiquent de plus qu'un membre du personnel avait consolé la personne résidente n° 007 pendant 10 minutes, car l'incident l'avait bouleversée.

On peut déterminer que l'incident documenté, qui est survenu à une date spécifiée de mai 2016, était non consensuel, car la personne résidente n° 007 avait arrêté la personne résidente n° 010, et parce qu'elle avait été consolée par un membre du personnel pendant 10 minutes, car l'incident l'avait bouleversée.

La politique du foyer relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente – politique numéro LTC-CA-ALL-100-05-02 (datée d'octobre 2014) indique qu'il est obligatoire de faire rapport immédiatement de tout cas de mauvais traitement, de mauvais traitement soupçonné ou allégué à sa superviseure respectueuse ou à son superviseur respectif. Ne pas faire rapport de quelque sorte de mauvais traitement que ce soit peut faire l'objet de mesures disciplinaires.

Lors d'une entrevue, l'administratrice et la directrice des soins ont dit toutes deux à l'inspectrice n° 592 qu'on ne les avait pas mises au courant de l'incident et que l'on aurait dû en faire rapport immédiatement en raison de la nature de l'incident qui avait causé du trouble émotionnel à la personne résidente n° 007.

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*

Lors d'une entrevue, l'IAA n° 110 qui était présente au moment de l'incident, a dit à l'inspectrice n° 592 que le foyer lui avait dit de faire rapport de tout cas allégué de mauvais traitement à l'IA responsable qui transmettra les renseignements au niveau hiérarchique supérieur en signalant l'incident aux responsables et au directeur. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que l'incident qui avait eu lieu à une date spécifiée de mai 2016 entre les personnes résidentes n° 007 et 010 aurait dû être signalé à l'infirmière autorisée en raison du trouble émotionnel de la personne résidente n° 007 et de la tentative de mauvais traitement d'ordre sexuel faite par la personne résidente n° 010. L'IAA n° 110 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle ne peut pas se souvenir pourquoi elle n'a pas signalé l'incident à l'IA ce jour-là.

Le foyer ne s'est donc pas conformé à la politique du foyer relative aux mauvais traitements en ne faisant pas rapport du cas allégué de mauvais traitement. [par. 20 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 se conforme à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en suivant ses procédures pour enquêter sur les cas allégués de mauvais traitements, pour y réagir, et pour faire immédiatement rapport au directeur. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à s'assurer 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 doit immédiatement faire rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. (N° de registre 019105-16)

Selon le par. 2 (1) 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 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.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant un cas présumé de mauvais traitement de nature sexuelle d'une personne résidente par une autre personne résidente entre les personnes résidentes n° 006 et 007 à une date spécifiée de juin 2016.

Lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente n° 006 on remarquait qu'à une date spécifiée de juin 2016, on avait observé la personne résidente n° 006 en train de faire des attouchements inappropriés à la personne résidente n° 007. Les personnes résidentes avaient été séparées immédiatement.

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 007 indiquait qu'elle avait été admise au foyer lors d'un mois spécifié de 2015, avec une déficience cognitive et d'autres problèmes d'ordre médical. Le dossier mentionnait de plus que la personne résidente n° 007 avait une capacité réduite de s'exprimer et de comprendre autrui.

Lors de l'examen du rapport d'incident critique, on remarquait que le rapport avait été envoyé au directeur, en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* le lendemain de l'incident par la directrice des soins. Le rapport mentionnait de plus à la section résultat / situation actuelle que l'on avait donné de la formation au personnel sur la nécessité de faire immédiatement rapport au directeur des cas de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Au cours d'une entrevue, l'IA n° 103 qui était responsable au moment de l'incident a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle ne pouvait pas se rappeler si elle avait téléphoné au directeur en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que le foyer s'attendait à ce que l'infirmière responsable contacte le directeur immédiatement après avoir eu connaissance de tout cas de mauvais traitement, mais que parfois, si les incidents ont lieu pendant la fin de semaine, le personnel attend le lendemain pour faire rapport.

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*

Au cours d'une entrevue avec la DDS, celle-ci a dit à l'inspectrice n° 592 qu'après une enquête interne du foyer on avait déterminé que l'IA responsable du foyer le jour de l'incident n'avait pas informé immédiatement le directeur en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La DDS a dit de plus à l'inspectrice n° 592 qu'elle avait informé le directeur dès qu'elle avait eu connaissance de l'incident le lendemain. Par conséquent, les renseignements concernant un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel n'ont pas été immédiatement signalés. [par. 24 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 la personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un cas de mauvais traitement s'est produit, doit immédiatement faire rapport du soupçon au directeur. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 18 août 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.