



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
27 juillet 2015	2015_289550_0003 (A1)	O-001613-15	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

BRUYERE CONTINUING CARE INC.
43, RUE BRUYERE, OTTAWA (ONTARIO) K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

RÉSIDENCE SAINT- LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA (ONTARIO) K1C 2Z6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

JOANNE HENRIE (550) - (A1)

Résumé de l'inspection modifié



**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***

La date de conformité a été reportée au 2 novembre 2015, à la demande du titulaire de permis.

Date de délivrance : 27 juillet 2015 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
27 juillet 2015	2015_289550_0003 (A1)	O-001613-15	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

BRUYERE CONTINUING CARE INC.
43, RUE BRUYERE, OTTAWA (ONTARIO) K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

RÉSIDENCE SAINT- LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA (ONTARIO) K1C 2Z6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

JOANNE HENRIE (550) - (A1)

Résumé de l'inspection



**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***

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques.

Cette inspection s'est tenue les 11, 12 et 14 février 2015.

L'inspection s'est poursuivie les 5, 6, 9, 10 et 21 mars, les 2, 3, 4, 15, 16 et 26 juin et le 3 juillet 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec la chef adjointe des services cliniques, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées, plusieurs préposés aux services de soutien personnel, une aide à l'entretien ménager et plusieurs résidents. De plus, l'inspectrice a examiné un rapport d'incident grave, le dossier de santé de deux résidents et la politique du foyer concernant les mauvais traitements.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :
comportements réactifs;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

7 AE
0 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé 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 :

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 protégé le résident 001 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part du résident 002.

Dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « 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; 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. (« sexual abuse »)

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur un jour de janvier 2015, à une heure particulière de l'après-midi, concernant un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé au résident 001 par une personne. Au moment du rapport, le titulaire du permis ne savait pas que cette personne était le résident 002. Le rapport indiquait que l'incident était survenu un jour de janvier 2015.

Cependant, les notes d'évolution indiquaient que l'incident était survenu à une autre date de janvier 2015, ce qui a plus tard été confirmé par le résident 001.

En mai 2014, le résident 001 a été admis au foyer avec diagnostics multiples. Le résident 001 est alerte et orienté, confiné à un fauteuil roulant qu'il est incapable de diriger de manière autonome en raison d'une paralysie du côté gauche.

Le résident 002 a été admis au foyer en novembre 2014 avec des antécédents connus de comportements sexuels. L'inspecteur 550 a examiné les notes d'évolution du résident 002 allant du jour de l'admission du résident jusqu'au jour de l'incident en janvier 2015 et a constaté qu'il n'y avait pas d'incidents documentés de comportement sexuel inapproprié durant cette période. Le résident 002 a été diagnostiqué de démence du lobe frontal et recevait un médicament antipsychotique pour maîtriser les comportements agressifs. Le programme de soins du résident 002 daté d'un jour de décembre 2014 indiquait que ce résident pouvait avoir un comportement sexuel inapproprié et que des interventions étaient prévues pour atténuer ce comportement.

Lors d'un entretien, le résident 001 a expliqué à l'inspectrice 550 qu'un jour de janvier 2015, à une heure non précisée de la matinée, il était dans la chapelle, assis dans son fauteuil roulant. Le résident 002 était assis dans un fauteuil à proximité; il n'y avait personne d'autre présent sur les lieux à ce moment-là. Le résident 002 s'est levé de son fauteuil et est allé voir le résident 001. Le résident 002 a embrassé le résident 001 sur la joue, puis sur la bouche, a touché une partie du corps de façon inappropriée et a ouvert la fermeture-éclair de son pantalon. Le résident 002 a ensuite demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales. Le résident 001 a dit au résident 002 d'arrêter et d'aller s'asseoir, ce que le résident 002 a fait. Le résident 001 n'a pas déclaré l'incident ce jour-là parce qu'il avait honte de ce que le résident 002 avait fait dans une chapelle.

Le résident 001 a dit avoir déclaré l'incident à l'aide à l'entretien ménager 101 le jour suivant, au petit-déjeuner. Le résident 001 a dit à l'aide à l'entretien ménager que le résident 002 l'avait embrassé sur la joue et sur la bouche, qu'il avait touché une partie du corps de façon inappropriée et lui avait montré ses parties génitales. Le résident 001 tenait la main de l'aide à l'entretien ménager 101, la suppliant de ne pas partir parce que le résident qui lui avait infligé un mauvais traitement d'ordre sexuel était assis derrière et que le résident 001 avait peur. L'aide à l'entretien ménager 101 a quitté le résident 001 dans la salle à manger en lui promettant de revenir, mais elle n'est jamais revenue.

Lors d'un entretien, l'aide à l'entretien ménager 101 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 lui avait raconté l'incident susmentionné durant la matinée un jour de 2015. L'employée 101 ne sait pas pourquoi elle n'a signalé à personne ces allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. Elle a indiqué qu'au cours de l'année précédente, elle avait reçu une formation sur la politique du foyer concernant les mauvais traitements et qu'elle aurait dû savoir qu'il fallait signaler cet incident immédiatement à son superviseur, ajoutant qu'elle est habituellement vigilante à cet égard.

L'inspectrice 550 n'a pas pu trouver de documentation indiquant qu'en 2014 l'aide à l'entretien ménager 101 avait reçu la formation sur la politique du foyer relative aux mauvais traitements. Bien que le résident 001 indique que l'auteur de mauvais traitements présumé était dans la salle à manger, l'aide à l'entretien ménager 101 a indiqué qu'aucune tentative n'a été faite ce matin-là pour identifier le résident en question.

Le même jour, à une heure particulière de la journée, le résident 001 a déclaré au PSSP 102 qu'il avait subi un mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident. Le PSSP 102 a immédiatement signalé cet incident à l'IA 100, qui était l'infirmière responsable de l'unité à ce moment-là. Selon un entretien et les notes d'évolution de l'IA 100, le résident 001 a indiqué à l'IA 100 que le jour précédent, dans la matinée, il était assis dans la chapelle au troisième étage quand un autre résident, qu'elle a plus tard identifié comme étant le résident 002, l'a approché. Le résident 002 s'est penché sur le résident 001, l'a embrassé sur la joue droite, puis sur la joue, a touché de manière inappropriée une partie du corps et a ensuite ouvert son pantalon et demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales.

Le résident 001 a indiqué au résident 002 qu'il allait crier s'il n'arrêtait pas et lui a dit d'aller s'asseoir. Le résident 002 est allé s'asseoir sur une chaise dans la chapelle. Le résident 001 ne savait pas le nom du résident 002 mais a indiqué à l'IA 100 qu'il l'avait vu un jour de janvier 2015 assis dans la chapelle et de nouveau dans la salle à manger à l'heure du déjeuner et du dîner. L'IA 100 n'a fait aucune tentative pour identifier le résident 002.

L'IA 100 a assuré le résident 001 qu'un suivi serait fait. Elle a documenté l'incident dans les notes d'évolution du résident 001 et laissé un message dans la boîte vocale du directeur des soins et celle de la chef adjointe des services cliniques. Elle n'a pas appelé le superviseur des soins infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là. Lors d'un entretien, l'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle considérait cet incident comme un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel parce que le résident 001 n'a consenti à rien de tout cela. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas déclaré l'incident au directeur et qu'elle n'avait pas mené d'enquête ni avisé la police parce qu'à ce moment-là, le résident 001 n'avait pas identifié l'auteur des mauvais traitements et, vers 18 h, il était impossible de procéder à son identification car le résident 001 était déjà au lit pour la nuit, comme le prévoit son programme habituel. L'IA 100 a également indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 avait informé l'aide à l'entretien ménager, ce matin-là, que personne n'avait déclaré l'incident en interne et que, par conséquent, elle-même ne voyait pas l'urgence qu'il y avait à le faire. L'IA 100 a documenté l'incident et laissé un message au directeur des soins et à la chef adjointe des services cliniques dans leur boîte vocale au travail. Elle a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle avait bien reçu la formation sur les mauvais traitements en 2014.

Deux (2) jours après l'incident, à un moment de la matinée lorsqu'elle est retournée au travail, la chef adjointe des services cliniques a été informée de cet incident en écoutant un message téléphonique laissé dans sa boîte vocale par l'IA 100. Lorsqu'elle a reçu cette information, la chef adjointe des

services cliniques a immédiatement amorcé une enquête sur l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel. Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que l'aide à l'entretien ménager 101 aurait dû déclarer immédiatement l'incident à l'infirmière responsable de l'unité lorsqu'elle en a été informée par le résident 001. L'IA 100 aurait dû déclarer l'incident immédiatement au superviseur des services infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là, comme le prévoit la politique en place, et que le superviseur des soins infirmiers aurait communiqué par téléavertisseur avec l'employé des services cliniques qui était de garde et qui aurait immédiatement informé le directeur de l'incident et demandé au personnel d'informer la police et d'ouvrir une enquête.

Le même jour à une heure particulière de l'après-midi, un rapport d'incident grave a été présenté par la chef adjointe des services cliniques au directeur au sujet d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à l'égard du résident 001. La chef adjointe des services cliniques a également communiqué avec la police et la famille du résident 001 pour les informer de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. Elle a également fourni un soutien au résident, notamment un soutien spirituel, et fourni au résident 001 un tambourin pour qu'il puisse demander de l'aide s'il lui est impossible d'atteindre une sonnette d'appel. Plus tard ce jour-là, une fois confirmée l'identité du résident 002, vers l'heure du dîner, les allées et venues du résident 002 étaient surveillées toutes les 30 minutes pour assurer la sécurité des autres résidents.

En résumé, un jour particulier de janvier 2015, le personnel a été informé d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé la veille à un résident. Contrairement aux exigences du paragraphe 24 (1) de la Loi, cet incident n'a pas été déclaré immédiatement au directeur (AE n° 4) et, contrairement aux exigences du paragraphe 23 (1) de la Loi, il n'a pas fait l'objet d'une enquête (AE n° 3). De plus, contrairement aux exigences de l'article 98 du Règlement de l'Ontario 79/10 (AE n° 6), la police n'a pas été avisée ce jour de janvier 2015.

En outre, la politique en place au moment de l'inspection visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents ne contenait pas d'explication de l'obligation, aux termes de l'article 24, de faire rapport (AE n° 2). Enfin, contrairement au paragraphe 76 (4) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel se recyclent annuellement pour bien comprendre la politique du foyer relative aux mauvais traitements (AE n° 5).

Après avoir examiné la gravité et la portée de l'incident ainsi que les antécédents de conformité du titulaire de permis, l'inspectrice a déterminé qu'un ordre de conformité était justifié. Il y a eu une grave allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel qui a eu des implications pour le résident 001. L'incident et sa portée ont été dits isolés. En examinant les antécédents de conformité, il a été constaté que le titulaire de permis avait eu dans le passé des non-respects liés à la déclaration immédiate au directeur, des mauvais traitements allégués et à l'ouverture immédiate d'une enquête sur les incidents de mauvais traitement. [par. 19 (1)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001.

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. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;

L'inspectrice 550 a examiné la politique du foyer concernant les mauvais traitements et intitulée « Abuse, Patients, Residents, or Visitors » (politique n° CLIN CARE 32), qui a été mise à jour en octobre 2013 et qui est la plus récente en date, comme l'a affirmé l'administratrice et chef des services cliniques. Cette politique indiquait ceci :

4.1 Le membre du personnel qui est témoin d'un mauvais traitement, qui croit qu'un patient ou un visiteur a été ou est à risque de subir un mauvais traitement ou qui est informé, par un patient ou un visiteur, d'un mauvais traitement déclare immédiatement cette situation au chef des services cliniques, au directeur des soins ou à leur représentant, qui le déclare à son tour au directeur des programmes et au médecin traitant. (Si l'auteur de mauvais traitements est la personne à qui on ferait normalement rapport, la déclaration doit être rehaussée d'un échelon.)

Le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés : L'infirmière communique avec le superviseur des soins infirmiers (ou l'employé des services cliniques qui est de garde si le superviseur des soins infirmiers n'est pas disponible), qui appelle l'administrateur de garde. Le superviseur des soins infirmiers ou l'employé des services cliniques de garde informe le chef des services cliniques ou le directeur des soins le prochain jour de travail normal.

4.6 Soins de longue durée : Le directeur des soins (le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés : le superviseur des soins infirmiers ou l'employé des services cliniques qui est de garde) doit immédiatement déclarer tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement à l'inspectrice ou à l'inspecteur de service du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (téléphone : 1 855 819-0879; courriel : ciattgeneral.moh@ontario.ca), comme l'exige la Loi, avec une description des mesures prises pour résoudre la situation. (Le superviseur des services cliniques ou l'employé des services cliniques qui est de garde informe le directeur des soins, par courriel, qu'un tel rapport a été fait.)

L'inspectrice 550 a déterminé que cette politique ne contenait pas toutes les exigences prévues à l'article 24 de la Loi. Elle ne précisait pas que 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 :

- 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.
- Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
- La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
- 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*.

La politique n'indiquait pas la personne-ressource à joindre, au sein du ministère, en dehors des heures normales. [par. 20 (2)]

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

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

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;**
- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;**
- 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 fassent l'objet d'une enquête immédiate les incidents allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport, notamment :

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

Lors d'un entretien, l'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle considérait l'incident survenu un jour particulier de janvier 2015 (voir l'AE n° 1) comme un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel parce que le résident 001 n'avait consenti à rien de tout cela. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas déclaré l'incident au directeur et qu'elle n'avait pas mené d'enquête ni avisé la police parce qu'à ce moment-là, le résident 001 n'avait pas identifié l'auteur des mauvais traitements et, vers 18 h, il était impossible de procéder à son identification car le résident 001 était déjà au lit pour la nuit, comme le prévoit son programme habituel.

Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que l'IA 100 aurait dû déclarer l'incident immédiatement au superviseur des soins infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là, comme le prévoit la politique en place, et le superviseur des soins infirmiers aurait communiqué par téléavertisseur avec l'employé des services cliniques qui était de garde et qui aurait immédiatement informé le directeur de l'incident et demandé au personnel d'informer la police et d'ouvrir une enquête. [alinéa 23 (1) a)]

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

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

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

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

Constatations :

1. Lors d'un entretien, le résident 001 a affirmé à l'inspectrice 550 qu'un jour particulier de janvier 2015, à une heure non précisée de la matinée, il était dans la chapelle, assis dans son fauteuil roulant. Le résident 002 était assis sur une chaise à proximité; dans un fauteuil à proximité; il n'y avait personne d'autre présent sur les lieux à ce moment-là. Le résident 002 s'est levé de son fauteuil et est allé voir le résident 001. Le résident 002 a embrassé le résident 001 sur la joue, puis sur la bouche, a touché une partie du corps de façon inappropriée et a ouvert la fermeture-éclair de son pantalon. Le résident 002 s'est levé de son fauteuil et est allé voir le résident 001. Le résident 002 a demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales. Le résident 001 a dit au résident 002 d'arrêter et d'aller s'asseoir, ce que le résident 002 a fait. Le résident 001 n'a pas déclaré l'incident ce jour-là parce qu'il avait honte de ce que le résident 002 avait fait dans une chapelle.

Le résident 001 a dit avoir déclaré l'incident le jour suivant à l'aide à l'entretien ménager 101, au petit-déjeuner.

L'aide à l'entretien ménager 101 a indiqué à l'inspectrice 550, durant un entretien, que le résident 001 lui avait parlé de l'incident susmentionné dans la matinée d'un jour de janvier 2015. L'employé 101 ne sait pas pourquoi elle n'a déclaré à personne ces allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. Elle a indiqué qu'au cours de l'année précédente, elle avait reçu une formation sur la politique du foyer concernant les mauvais traitements et qu'elle aurait dû savoir qu'il fallait signaler cet incident immédiatement à son superviseur, ajoutant qu'elle est habituellement vigilante à cet égard.

Le même jour, à une heure particulière de la soirée, le résident 001 a déclaré au PSSP 102 qu'il avait subi un mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident. Le PSSP 102 a immédiatement signalé cet incident à l'IA 100, qui était l'infirmière responsable de l'unité à ce moment-là. Selon un entretien et les notes d'évolution de l'IA 100, le résident 001 a indiqué à l'IA 100 que le jour précédent, dans la matinée, il était assis dans la chapelle au troisième étage quand un autre résident, qu'elle a plus tard identifié comme étant le résident 002, l'a approché. Le résident 002 s'est penché sur le résident 001, l'a embrassé sur la joue droite, puis sur la joue, a touché de manière inappropriée une

partie du corps et a ensuite ouvert son pantalon et demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales.

Lors d'un entretien, l'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle avait documenté l'incident dans les notes d'évolution du résident 001 et laissé un message dans la boîte vocale du directeur des soins et celle de la chef adjointe des services cliniques. Elle n'a pas appelé le superviseur des soins infirmiers, qui travaillait hors site ce soir-là. L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle considérait cet incident comme un mauvais traitement d'ordre sexuel parce que le résident 001 n'avait consenti à rien de tout cela. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas déclaré l'incident au directeur et qu'elle n'avait pas mené d'enquête ni avisé la police parce qu'à ce moment-là, le résident 001 n'avait pas identifié l'auteur des mauvais traitements et, vers 18 h, il était impossible de procéder à son identification car le résident 001 était déjà au lit pour la nuit, comme le prévoit son programme habituel. L'IA 100 a également indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 avait informé l'aide à l'entretien ménager, ce matin-là, que personne n'avait déclaré l'incident en interne et que, par conséquent, elle-même ne voyait pas l'urgence qu'il y avait à le faire. L'IA 100 a documenté l'incident et laissé un message au directeur des soins et à la chef adjointe des services cliniques dans leur boîte vocale au travail.

Deux (2) jours après l'incident, à un moment de la matinée lorsqu'elle est retournée au travail, la chef adjointe des services cliniques a été informée de cet incident en écoutant un message téléphonique laissé dans sa boîte vocale par l'IA 100. Lorsqu'elle a reçu cette information, la chef adjointe des services cliniques a immédiatement amorcé une enquête sur l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel. Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que l'aide à l'entretien ménager 101 aurait dû déclarer immédiatement l'incident à l'infirmière responsable de l'unité lorsqu'elle en a été informée par le résident 001. L'IA 100 aurait dû déclarer l'incident immédiatement au superviseur des services infirmiers, qui travaillait hors site ce soir-là, comme le prévoit la politique en place, et le superviseur des soins infirmiers aurait communiqué par téléavertisseur avec l'employé des services cliniques qui était de garde et qui aurait immédiatement informé le directeur de l'incident et demandé au personnel d'informer la police et d'ouvrir une enquête. [par. 24 (1)]

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. 76 (Formation).

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

76. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que tout le personnel du foyer ait reçu la formation exigée par le présent article. 2007, chap. 8, par. 76 (1).

Constatations :

1. Selon le paragraphe 76 (1) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que tout le personnel du foyer ait reçu la formation exigée par le présent article, y compris le paragraphe 76 (3).

3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence envers les résidents. Selon le paragraphe 76 (4) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements. Conformément au paragraphe 219 (1) du Règlement, des intervalles annuels sont prévus pour l'application du paragraphe 76 (4) de la Loi.

En examinant le programme de formation que le foyer a mis à la disposition de tout le personnel en 2014 sur la politique du foyer concernant les mauvais traitements, l'inspectrice 550 a constaté que 245 employés sur 325 ne s'étaient pas recyclés en assistant à une séance de formation ou à un module d'apprentissage en ligne.

Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle savait que le foyer avait des problèmes en matière de formation du personnel et que le taux de participation du personnel à la formation sur la politique relative aux mauvais traitements n'atteignait pas 100 %.
[par. 76 (1)]

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 98 (Notification : police).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé 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.

Lors d'un entretien, l'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle considérait l'incident survenu un jour particulier de janvier 2015 (voir l'AE n° 1) comme un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel

parce que le résident 001 n'avait consenti à rien de tout cela. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas déclaré l'incident au directeur et qu'elle n'avait pas mené d'enquête ni avisé la police parce qu'à ce moment-là, le résident 001 n'avait pas identifié l'auteur des mauvais traitements et, vers 18 h, il était impossible de procéder à son identification car le résident 001 était déjà au lit pour la nuit, comme le prévoit son programme habituel.

Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que l'IA 100 aurait dû déclarer immédiatement l'incident au superviseur des services infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là, comme le prévoit la politique en place, et que le superviseur des soins infirmiers aurait communiqué par téléavertisseur avec l'employé des services cliniques qui était de garde et qui aurait immédiatement informé le directeur de l'incident et demandé au personnel d'informer la police.

La police a été informée de l'incident un jour particulier de janvier 2015. [art. 98]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 134 (Régimes médicamenteux des résidents).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament font l'objet d'une surveillance et sont documentées compte tenu du niveau de risque qu'il court en l'occurrence;**
- b) des mesures appropriées sont prises suite à tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et toute réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes;**
- c) une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident est effectuée au moins une fois tous les trois mois. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament font l'objet d'une surveillance et sont documentées compte tenu du niveau de risque qu'il court en l'occurrence.

Le résident 002 s'est vu prescrire un antipsychotique particulier à prendre par voie orale, au besoin (outre la dose normale), et une benzodiazépine particulière à prendre par voie orale, au besoin, et à répéter 1 fois en cas d'agitation (sans dépasser 2 comprimés par jour). L'inspectrice 550 a examiné le dossier d'administration des médicaments du résident 002 pour les mois de novembre et décembre 2014, ainsi que janvier et février 2015. Il a été constaté que le résident avait reçu le médicament suivant pour apaiser son agitation aux dates suivantes :

Un antipsychotique particulier :



**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***

11 dates particulières de décembre 2014;
2 dates particulières de janvier 2015;
3 dates particulières de février 2015.

Une benzodiazépine particulière :
1 date particulière de janvier 2015.

Il existe des preuves documentées indiquant que l'effet de ces médicaments était surveillé pour apaiser l'agitation, bien qu'il n'y ait aucune documentation de la réaction du résident ni du résultat que ce médicament lui procurait.

Lors d'un entretien, la chef adjointe des services a indiqué à l'inspectrice 550 que, selon la politique du foyer, le personnel autorisé devait documenter l'efficacité du médicament administré au dossier d'administration des médicaments, mais cela n'a pas été fait. [par. 134 a)]

Date de délivrance : 27 juillet 2015 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

Copie destinée au public modifiée

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	JOANNE HENRIE (550) - (A1)
N° de registre :	2015_289550_0003 (A1)
N° du rapport d'inspection :	Système de rapport d'incidents critiques
Type d'inspection :	O-001613-15 (A1)
Date du rapport :	27 juillet 201; (A1)
Titulaire de permis :	BRUYERE CONTINUING CARE INC. 43, RUE BRUYERE OTTAWA (ONTARIO) K1N 5C8
Foyer de soins de longue durée :	RÉSIDENCE SAINT- LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA (ONTARIO) K1C 2Z6
Nom de l'administratrice :	Chantal Cameron

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

N° de l'ordre : 001

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

Aux termes de la :

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

Ordre :

(A1)

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant ce qui suit :

Les mesures précises qui seront prises par le titulaire de permis pour assurer que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident par quiconque soit immédiatement déclaré au directeur et fasse immédiatement l'objet d'une enquête.

Des modifications à la politique du titulaire de permis concernant la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, notamment l'obligation de faire rapport prévue par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Le recyclage de tout le personnel en ce qui concerne ses obligations aux termes de la politique révisée de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, avec une attention particulière à l'obligation de chaque membre du personnel de déclarer immédiatement tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement au directeur et à la personne compétente identifiée au sein du foyer. Ce recyclage doit être évalué pour assurer que le personnel comprend ses obligations.

Un recyclage annuel conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

L'élaboration d'un processus de surveillance pour assurer que la formation du personnel a été menée à bien selon les exigences établies et que le personnel déclare tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident comme il se doit de le faire.

Ce plan doit préciser le calendrier des tâches et le nom des personnes qui seront chargées de les exécuter.

Le plan doit être présenté à l'inspectrice Joanne Henrie, par télécopieur au 613 569-9670, d'ici le 23 juillet 2015.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas protégé le résident 001 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part du résident 002.

Dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « 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; 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. (« sexual abuse »).

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur un jour de janvier 2015, à une heure particulière de l'après-midi, concernant un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé au résident 001 par une personne. Au moment du rapport, le titulaire du permis ne savait pas que cette personne était le résident 002. Le rapport indiquait que l'incident était survenu un jour de janvier 2015. Cependant, les notes d'évolution indiquaient que l'incident était survenu à une autre date de janvier 2015, ce qui a plus tard été confirmé par le résident 001.

En mai 2014, le résident 001 a été admis au foyer avec diagnostics multiples. Le résident 001 est alerte et orienté, confiné à un fauteuil roulant qu'il est incapable de diriger de manière autonome en raison d'une paralysie du côté gauche.

Le résident 002 a été admis au foyer en novembre 2014 avec des antécédents connus de comportements sexuels. L'inspecteur 550 a examiné les notes d'évolution du résident 002 allant du jour de l'admission du résident jusqu'au jour de l'incident en janvier 2015 et a constaté qu'il n'y avait pas d'incidents documentés de comportement sexuel inapproprié durant cette période. Le résident 002 a été diagnostiqué de démence du lobe frontal et recevait un médicament antipsychotique pour maîtriser les comportements agressifs. Le programme de soins du résident 002 daté d'un jour de décembre 2014 indiquait que ce résident pouvait avoir un comportement sexuel inapproprié et que des interventions étaient prévues pour atténuer ce comportement.

Lors d'un entretien, le résident 001 a expliqué à l'inspectrice 550 qu'un jour de janvier 2015, à une heure non précisée de la matinée, il était dans la chapelle, assis dans son fauteuil roulant. Le résident 002 était assis dans un fauteuil à proximité; il n'y avait personne d'autre présent sur les lieux à ce moment-là. Le résident 002 s'est levé de son fauteuil et est allé voir le résident 001. Le résident 002 a embrassé le résident 001 sur la joue, puis sur la bouche, a touché une partie du corps de façon inappropriée et a ouvert la fermeture-éclair de son pantalon. Le résident 002 a ensuite demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales. Le résident 001 a dit au résident 002 d'arrêter et d'aller s'asseoir, ce que le résident 002 a fait. Le résident 001 n'a pas déclaré l'incident ce jour-là parce qu'il avait honte de ce que le résident 002 avait fait dans une chapelle.

Le résident 001 a dit avoir déclaré l'incident à l'aide à l'entretien ménager 101 le jour suivant, au petit-déjeuner. Le résident 001 a dit à l'aide à l'entretien ménager que le résident 002 l'avait embrassé sur la joue et sur la bouche, qu'il avait touché une partie du corps de façon inappropriée et lui avait montré ses parties génitales. Le résident 001 tenait la main de l'aide à l'entretien ménager 101, la suppliant de ne pas partir parce que le résident qui lui avait infligé un mauvais traitement d'ordre sexuel était assis derrière et que le résident 001 avait peur.

L'aide à l'entretien ménager 101 a quitté le résident 001 dans la salle à manger en lui promettant de revenir, mais elle n'est jamais revenue.

Lors d'un entretien, l'aide à l'entretien ménager 101 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 lui avait raconté l'incident susmentionné durant la matinée un jour de 2015. L'employée 101 ne sait pas pourquoi elle n'a signalé à personne ces allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel. Elle a indiqué qu'au cours de l'année précédente, elle avait reçu une formation sur la politique du foyer concernant les mauvais traitements et qu'elle aurait dû savoir qu'il fallait signaler cet incident immédiatement à son superviseur, ajoutant qu'elle est habituellement vigilante à cet égard.

L'inspectrice 550 n'a pas pu trouver de documentation indiquant qu'en 2014 l'aide à l'entretien ménager 101 avait reçu la formation sur la politique du foyer relative aux mauvais traitements. Bien que le résident 001 indique que l'auteur de mauvais traitements présumé était dans la salle à manger, l'aide à l'entretien ménager 101 a indiqué qu'aucune tentative n'a été faite ce matin-là pour identifier le résident en question.

Le même jour, à une heure particulière de la journée, le résident 001 a déclaré au PSSP 102 qu'il avait subi un mauvais traitement d'ordre sexuel de la part d'un résident. Le PSSP 102 a immédiatement signalé cet incident à l'IA 100, qui était l'infirmière responsable de l'unité à ce moment-là. Selon un entretien et les notes d'évolution de l'IA 100, le résident 001 a indiqué à l'IA 100 que le jour précédent, dans la matinée, il était assis dans la chapelle au troisième étage quand un autre résident, qu'elle a plus tard identifié comme étant le résident 002, l'a approché. Le résident 002 s'est penché sur le résident 001, l'a embrassé sur la joue droite, puis sur la joue, a touché de manière inappropriée une partie du corps et a ensuite ouvert son pantalon et demandé au résident 001 s'il voulait toucher ses parties génitales.

Le résident 001 a indiqué au résident 002 qu'il allait crier s'il n'arrêtait pas et lui a dit d'aller s'asseoir. Le résident 002 est allé s'asseoir sur une chaise dans la chapelle. Le résident 001 ne savait pas le nom du résident 002 mais a indiqué à l'IA 100 qu'il l'avait vu un jour de janvier 2015 assis dans la chapelle et de nouveau dans la salle à manger à l'heure du déjeuner et du dîner. L'IA 100 n'a fait aucune tentative pour identifier le résident 002.

L'IA 100 a assuré le résident 001 qu'un suivi serait fait. Elle a documenté l'incident dans les notes d'évolution du résident 001 et laissé un message dans la boîte vocale du directeur des soins et celle de la chef adjointe des services cliniques. Elle n'a pas appelé le superviseur des soins infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là. Lors d'un entretien, l'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle considérait cet incident comme un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel parce que le résident 001 n'a consenti à rien de tout cela. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas déclaré l'incident au directeur et qu'elle n'avait pas mené d'enquête ni avisé la police parce qu'à ce moment-là, le résident 001 n'avait pas identifié l'auteur des mauvais traitements et, vers 18 h, il était impossible de procéder à son identification car le résident 001 était déjà au lit pour la nuit, comme le prévoit son programme habituel. L'IA 100 a également indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 avait informé l'aide à l'entretien ménager, ce matin-là, que personne n'avait déclaré l'incident en interne et que, par conséquent, elle-même ne voyait pas l'urgence qu'il y avait à le faire. L'IA 100 a documenté l'incident et laissé un message au directeur des soins et à la chef adjointe des services cliniques dans leur boîte vocale au travail.

Elle a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle avait bien reçu la formation sur les mauvais traitements en 2014.

Deux (2) jours après l'incident, à un moment de la matinée lorsqu'elle est retournée au travail, la chef adjointe des services cliniques a été informée de cet incident en écoutant un message téléphonique laissé dans sa boîte vocale par l'IA 100. Lorsqu'elle a reçu cette information, la chef adjointe des services cliniques a immédiatement amorcé une enquête sur l'allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel. Lors d'un entretien, la chef adjointe des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que l'aide à l'entretien ménager 101 aurait dû déclarer immédiatement l'incident à l'infirmière responsable de l'unité lorsqu'elle en a été informée par le résident 001. L'IA 100 aurait dû déclarer l'incident immédiatement au superviseur des services infirmiers qui travaillait hors site ce soir-là, comme le prévoit la politique en place, et que le superviseur des soins infirmiers aurait communiqué par téléavertisseur avec l'employé des services cliniques qui était de garde et qui aurait immédiatement informé le directeur de l'incident et demandé au personnel d'informer la police et d'ouvrir une enquête.

Le même jour à une heure particulière de l'après-midi, un rapport d'incident grave a été présenté par la chef adjointe des services cliniques au directeur au sujet d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à l'égard du résident 001. La chef adjointe des services cliniques a également communiqué avec la police et la famille du résident 001 pour les informer de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. Elle a également fourni un soutien au résident, notamment un soutien spirituel, et fourni au résident 001 un tambourin pour qu'il puisse demander de l'aide s'il lui est impossible d'atteindre une sonnette d'appel. Plus tard ce jour-là, une fois confirmée l'identité du résident 002, vers l'heure du dîner, les allées et venues du résident 002 étaient surveillées toutes les 30 minutes pour assurer la sécurité des autres résidents.

En résumé, un jour particulier de janvier 2015, le personnel a été informé d'un incident allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel infligé la veille à un résident. Contrairement aux exigences du paragraphe 24 (1) de la Loi, cet incident n'a pas été déclaré immédiatement au directeur (AE n° 4) et, contrairement aux exigences du paragraphe 23 (1) de la Loi, il n'a pas fait l'objet d'une enquête (AE n° 3). De plus, contrairement aux exigences de l'article 98 du Règlement de l'Ontario 79/10 (AE n° 6), la police n'a pas été avisée ce jour de janvier 2015.

En outre, la politique en place au moment de l'inspection visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents ne contenait pas d'explication de l'obligation, aux termes de l'article 24, de faire rapport (AE n° 2). Enfin, contrairement au paragraphe 76 (4) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel se recyclent annuellement pour bien comprendre la politique du foyer relative aux mauvais traitements (AE n° 5).

Après avoir examiné la gravité et la portée de l'incident ainsi que les antécédents de conformité du titulaire de permis, l'inspectrice a déterminé qu'un ordre de conformité était justifié. Il y a eu une grave allégation de mauvais traitement d'ordre sexuel qui a eu des implications pour le résident 001. L'incident et sa portée ont été dits isolés. En examinant les antécédents de conformité, il a été constaté que le titulaire de permis avait eu dans le passé des non-respects



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

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

liés à la déclaration immédiate au directeur, des mauvais traitements allégués et à l'ouverture immédiate d'une enquête sur les incidents de mauvais traitement. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 2 novembre 2015 (A1)

RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

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

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

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

Date de délivrance : 27 juillet 2015 (A1)

Signature de l'inspecteur :

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par
JOANNE HENRIE
Ottawa