



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

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

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

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

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

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

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone : (705) 564-3130
Facsimile : (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 9 février 2017	Numéro d'inspection 2017_615638_0004	N° de registre 010104-16, 000466-17	Type d'inspection Plainte
Titulaire de permis CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY 1140, chemin South Bay, SUDBURY ON P3E 0B6			
Foyer de soins de longue durée VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY 4690, chemin Municipal 15, Chelmsford ON P0M 1L0			
Nom de l'inspecteur RYAN GOODMURPHY (638)			
Résumé de l'inspection			

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

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 23 – 27 janvier 2017.

Lors de cette inspection menée dans le cadre d'une plainte comportait les deux éléments suivants :

- **un numéro de registre concernait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre personne résidente;**
- **un numéro de registre concernait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'un membre du personnel envers une autre personne résidente.**

Une inspection de suivi a été menée en même temps que la présente inspection. Veuillez vous reporter au rapport d'inspection n° 2017_615638_0003 pour avoir des détails.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec les personnes suivantes : administrateur, directeur adjoint des soins (DADS), diététiste, infirmiers autorisés (IA), infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personnel de l'entretien ménager, personnes résidentes, et membres de leurs familles.

De plus, l'inspecteur a effectué une visite quotidienne des aires de soins des personnes résidentes, observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, examiné des dossiers personnels pertinents, ainsi que les politiques, marches à suivre et formation du foyer concernant les programmes pertinents, et des dossiers cliniques.

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

**Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Rapports et plaintes
Comportements réactifs**

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

**3 AE
3 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA**

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions****AE** — Avis écrit**PRV** — Plan de redressement volontaire**RD** — Renvoi de la question au directeur**OC** — Ordres de conformité**OTA** — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 20 de la LFSLD, 2007.

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).

Constatations :

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

Une plainte et un rapport d'incident critique afférent ont été soumis au directeur. La plainte alléguait qu'un incident de mauvais traitement d'un membre du personnel envers une personne résidente avait eu lieu en avril 2016. Le rapport d'incident critique alléguait que le PSSP n° 109 avait physiquement et verbalement agressé la personne résidente n° 002. Le rapport indiquait que la personne résidente n° 002 avait subi une altération de son intégrité épidermique en plusieurs nouveaux endroits lorsqu'on avait fait son évaluation.

Le Règlement de l'Ontario 79/10 (Règl. de l'Ont. 79/10) définit les mauvais traitements d'ordre physique comme l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

L'inspecteur n° 638 a examiné la lettre de plainte soumise par le PSSP n° 110 au DDS concernant l'incident de cas présumé de mauvais traitement qui s'est produit pour la personne résidente n° 002. La lettre indiquait que la personne résidente n° 002 avait affiché des comportements réactifs pendant ses soins. La lettre indiquait que le PSSP n° 109 avait réagi par des mesures d'ordre physique et verbal. La lettre indiquait également que la personne résidente n° 002 avait hurlé de douleur en réaction aux agissements du PSSP n° 109.

En examinant les notes d'évolution de la personne résidente n° 002, l'inspecteur n° 638 a constaté que le PSSP n° 110 documentait que la personne résidente avait adopté un comportement réactif pendant que le personnel lui prodiguait des soins.

L'inspecteur n° 638 a examiné l'évaluation de la tête aux pieds que l'on avait effectuée de la personne résidente n° 002. L'évaluation indiquait qu'elle avait subi une altération de son intégrité épidermique en plusieurs nouveaux endroits après l'incident de cas allégué de mauvais traitement.

Lors d'un examen du programme de soins de la personne résidente n° 002 en vigueur au moment de l'incident, l'inspecteur n° 638 a remarqué que, lorsque la personne résidente affichait des comportements réactifs, le personnel devait mettre en œuvre un ensemble spécifique d'interventions, dont aucune ne comportait des interventions d'ordre physique ou verbal.

L'inspecteur n° 638 a examiné les notes de l'enquête interne qui comprenaient une entrevue du DDS et du PSSP n° 109. Les notes indiquaient que le PSSP n° 109 avait pris des mesures d'ordre verbal et physique envers la personne résidente n° 002 et que la personne résidente avait réagi en appelant à l'aide sous l'effet de la douleur.

L'inspecteur n° 638 a examiné une lettre que le DDS a signifiée au PSSP n° 109. La lettre confirmait que le PSSP n° 109 avait admis avoir fait usage de mesures d'ordre physique envers la personne résidente n° 002. La lettre indiquait que le cas présumé de mauvais traitement s'avérait vrai en ce sens que le PSSP n° 109 avait maîtrisé physiquement la personne résidente n° 002 et fait des commentaires inappropriés contraires à la formation qu'il avait reçue.

La politique du foyer intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect » (tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence) révisée pour la dernière fois le 14 septembre 2015 indiquait que les personnes résidentes seraient exemptes de mauvais traitements de la part du personnel, des bénévoles, des visiteurs et d'autres personnes résidentes.

Dans une entrevue avec l'inspecteur n° 638, le PSSP n° 110 a indiqué qu'il avait été témoin de l'incident de mauvais traitements de la personne résidente par un membre du personnel qui s'est produit pendant leur quart de travail du soir. Le PSSP n° 110 a indiqué que le PSSP n° 109 avait maîtrisé physiquement la personne résidente et l'avait soumise à des mauvais traitements d'ordre verbal. Le PSSP n° 110 a déclaré qu'il s'était senti mal à l'aise au sujet des interactions entre la personne résidente n° 002 et le PSSP n° 109 et qu'il avait le sentiment que la personne résidente n° 002 avait fait l'objet de mauvais traitements d'ordre physique et verbal.

Lors d'une entrevue avec le PSSP n° 109, il a déclaré qu'il avait prodigué des soins à la personne résidente n° 002 pendant le quart de travail du soir. La personne résidente n° 002 avait affiché un comportement réactif d'ordre physique et le PSSP n° 109 a déclaré qu'il avait maîtrisé physiquement

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 personne résidente n° 002 et qu'il y avait dit de cesser d'avoir des comportements réactifs. Le PSSP n° 109 a déclaré que pendant l'incident la personne résidente n° 002 avait poussé des cris en disant que le PSSP n° 109 lui faisait mal. Le PSSP n° 109 a alors déclaré qu'il aurait dû se retirer pour permettre de désamorcer le comportement avant de tenter de nouveau de prodiguer les soins.

L'inspecteur n° 638 a effectué une entrevue du DDS qui a déclaré que le PSSP n° 109 n'avait pas suivi la politique du foyer intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect » (tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence) en raison des mesures qu'il avait prises pendant qu'il prodiguait des soins à la personne résidente n° 002. [Paragraphe 20 (1)]

2. Une plainte accompagnée d'un rapport d'incident critique connexe a été soumise au directeur; il s'agissait d'un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. Veuillez vous reporter à l'AE n° 1 pour connaître les détails.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 002, l'inspecteur n° 638 a constaté que le PSSP n° 110 a mentionné que la personne résidente adoptait des comportements réactifs d'ordre physique et verbal quand le personnel lui prodiguait des soins.

L'inspecteur n° 638 a examiné une lettre de plainte soumise un jour plus tard par le PSSP n° 110 au DDS concernant un incident de ce qu'il pensait être des mauvais traitements envers la personne résidente n° 002, qui s'est produit pendant qu'on lui prodiguait des soins. Après examen de la lettre, on a déterminé que l'incident de cas présumé de mauvais traitements avait fait l'objet d'un rapport le lendemain et non pas immédiatement après l'incident.

La politique du foyer intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect » (tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence) révisée pour la dernière fois le 14 septembre 2015, indiquait que tout employé ou bénévole qui observe ou suspecte un cas d'incident de mauvais traitements envers une personne résidente, ou qui en prend connaissance, doit immédiatement en faire rapport au DDS, à l'administrateur ou à sa représentante ou son représentant.

Lors d'une entrevue avec l'inspecteur n° 638, le PSSP n° 110 a déclaré avoir été témoin d'un incident de ce qu'il considérait être un incident de mauvais traitements d'ordre physique et d'ordre verbal entre le PSSP n° 109 et la personne résidente n° 002, toutefois, il n'avait pas fait rapport de l'incident avant le lendemain. Le PSSP n° 110 a alors déclaré que l'on devrait faire immédiatement rapport de tous les incidents de mauvais traitements observés, soupçonnés ou allégués afin d'assurer la sécurité des personnes résidentes, et que l'on aurait dû faire rapport de cet incident immédiatement.

L'inspecteur n° 638 a effectué une entrevue du DDS qui a indiqué que tous les incidents de cas de mauvais traitements soupçonnés, allégués ou observés doivent être immédiatement signalés à la personne désignée afin d'entreprendre immédiatement une enquête et de protéger les personnes résidentes de tout préjudice. [Paragraphe 20 (1)]

Autres mesures requises :

PVR – 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 politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la LFSLD, 2007.

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

Constatations :

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 cas de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Une plainte et un rapport d'incident critique afférent ont été soumis au directeur en tant qu'« incident qui cause une blessure à une personne résidente pour laquelle la personne résidente est transportée à l'hôpital et qui se traduit par un changement important de l'état de santé de la personne résidente ». Le rapport d'incident critique a été transmis un jour spécifique de novembre 2016 et concernait un incident entre les personnes résidentes n° 007 et 004 qui s'était produit la veille du jour où l'on en avait fait rapport. L'inspecteur n° 638 a examiné le rapport d'incident critique qui déterminait que la personne résidente n° 007 avait affiché des comportements réactifs d'ordre physique envers la personne résidente n° 004. Veuillez vous reporter à l'AE n° 3 pour plus de détails.

Le mauvais traitement d'ordre physique est défini dans le Règlement de l'Ontario 79/10 comme étant « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident ».

L'inspecteur n° 638 a examiné les notes d'évolution des personnes résidentes n° 004 et 007, qui indiquaient que la personne résidente n° 007 avait poussé la personne résidente n° 004 d'une manière agressive. Cela avait provoqué une chute de la personne résidente n° 004 qui avait subi une blessure.

Lors d'une entrevue avec l'inspecteur n° 638, l'IAA n° 106 a déclaré que l'on devrait faire rapport de tout incident concernant des mauvais traitements au DDS ou bien à la personne qu'il a désignée. Le DDS ou la personne qu'il a désignée utilisera les renseignements concernant l'incident et déterminera s'il était nécessaire de faire rapport au directeur.

La politique du foyer intitulée « Obligation du personnel de faire rapport et protection des dénonciateurs », révisée pour la dernière fois le 14 septembre 2016, stipulait que le personnel doit immédiatement faire rapport de tout incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'une personne résidente par qui que ce soit.

Lors d'une entrevue avec l'inspecteur n° 638, le DDS a déclaré qu'il avait fait rapport de l'incident et qu'il l'avait interprété comme une chute parce que la personne résidente n° 007 avait poussé le fauteuil roulant de la personne résidente n° 004 et n'avait pas spécifiquement poussé la personne résidente n° 004. L'inspecteur a examiné l'arbre de décision « Obligation du titulaire de permis de faire rapport de mauvais traitement d'ordre physique » avec le DDS qui a indiqué que si une personne résidente avait fait usage de force physique envers une autre personne résidente qui a causé un préjudice, il aurait été nécessaire d'en faire immédiatement rapport au directeur.

Après examen des notes d'évolution, de l'arbre de décision et des notes relatives à l'incident avec le DDS, il a déclaré qu'en raison des agissements spécifiques de la personne résidente n° 007, on aurait dû immédiatement faire rapport de l'incident en tant qu'incident de mauvais traitement.

[Paragraphe 24 (1)]

Autres mesures requises :

PVR – 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 quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 53 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Comportements réactifs

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à identifier les comportements déclencheurs de la personne résidente qui affichait des comportements réactifs.

Une plainte a été soumise au directeur concernant un cas allégué de mauvais traitement entre la personne résidente n° 007 et personne résidente n° 004 en novembre 2016. La plainte alléguait que la personne résidente n° 007 avait attaqué physiquement la personne résidente n° 004. À cause de l'incident, la personne résidente n° 004 est tombée de son fauteuil roulant et a subi une blessure.

Un rapport d'incident critique concernant cette plainte a été soumise au directeur en novembre 2016. Le rapport d'incident critique indiquait que la personne résidente n° 007 avait affiché des comportements réactifs d'ordre physique envers la personne résidente n° 004 qui était dans son fauteuil roulant pendant qu'elle se trouvait dans une aire spécifique du foyer, la personne résidente n° 004 est tombée de son fauteuil roulant et a subi une blessure. Le rapport d'incident critique indiquant de plus que l'inspectrice n° 106 avait parlé au DDS en janvier 2017 pour demander des renseignements sur les interventions du programme de soins de la personne résidente n° 007. Les notes indiquaient que le programme de soins de la personne résidente n° 007 ne mentionnait pas de renseignements spécifiques concernant des comportements dans des aires spécifiques du foyer et que l'on modifierait le programme de soins après l'entrevue en raison de la tendance des comportements.

L'inspecteur n° 638 a fait un examen des notes d'évolution pour la personne résidente n° 007 qui indiquaient que la personne résidente n° 007 avait dit à l'IAA n° 106 qu'elle avait poussé la personne résidente n° 004 en raison d'un comportement spécifique.

L'inspecteur a poursuivi l'examen des notes d'évolution pour la personne résidente n° 007 sur une période de six mois. L'inspecteur n° 638 a remarqué qu'à six reprises la personne résidente n° 007

avait affiché des comportements réactifs d'ordre physique avec d'autres personnes résidentes en étant dans une aire spécifique du foyer.

Après l'incident de novembre 2016, la fréquence des comportements de la personne résidente n° 007 a augmenté, et l'inspecteur a identifié trois autres incidents en décembre 2016, lorsque la personne résidente a affiché des comportements réactifs d'ordre physique envers d'autres personnes résidentes dans une aire spécifique du foyer.

Lors d'une entrevue avec l'inspecteur n° 638, les PSSP n° 107, IAA n° 106 et IA n° 105 ont tous déclaré que la personne résidente n° 007 avait des antécédents de comportement réactif d'ordre physique dans cette aire spécifique du foyer, et que souvent un élément déclencher particulier la rendait agitée. Le PSSP n° 107 a déclaré que la personne résidente n° 107 avait d'importants antécédents de comportement réactif d'ordre physique dans cette aire spécifique du foyer. L'IA n° 105 a déclaré que la personne résidente n° 007 avait affiché ces types de comportements depuis son admission, et que l'on s'attendrait à ce que cela soit inclus dans son programme de soins à titre d'élément déclencheur identifié.

L'inspecteur n° 638 a effectué un examen du programme de soins de la personne résidente en vigueur au moment de l'incident; il n'indiquait nullement que la personne résidente avait par moments des comportements réactifs d'ordre physique envers d'autres personnes résidentes dans l'aire spécifique du foyer.

La politique du foyer intitulée « Comportements réactifs » révisée pour la dernière fois le 6 juin 2016 indiquait que le programme de soins de chaque personne résidente qui a affiché des comportements réactifs devait au minimum remédier aux comportements déclencheurs de la personne résidente. L'inspecteur a remarqué que le programme de soins de la personne résidente n° 007 avait été modifié un jour après la discussion du DDS avec l'inspectrice n°106 pour identifier ces comportements après son entrevue avec l'inspectrice n° 106.

Lors d'une entrevue avec l'inspecteur n° 638, le DDS a déclaré qu'avant sa discussion au téléphone avec l'inspectrice n° 106 en janvier 2017, le programme de soins de la personne résidente n° 007 n'identifiait pas un des déclencheurs des comportements réactifs d'ordre physique de la personne résidente n° 007. Le DDS a déclaré que le personnel n'était pas forcément au courant des besoins de la personne résidente s'ils ne figuraient pas dans son programme de soins et qu'ils ne seraient pas en mesure de réagir efficacement aux comportements. [Alinéa 53 (4)a]

Autres mesures requises :

PVR – 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 on identifie les comportements déclencheurs pour les personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs, si possible. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.



Émis le 28 février 2017.

Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspecteur.