

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport : 18 avril 2024**

**Numéro d'inspection : 2024-1320-0002**

**Type d'inspection :** Suivi d'une plainte d'incident critique

**Titulaire de permis :** Orillia Long Term Care Centre Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Leacock Care Centre, Orillia

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Amanda Belanger (736)

**Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique  
de l'inspecteur**

Amanda Lee  
Claire Belanger

Signé numériquement par Amanda Lee

Claire Belanger

Date : 2024.05.09 11:52:54 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**  
Kehinde Sangill (741670)

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : Du 4 au 7 mars 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 8 mars 2024

Les inspections concernaient :

- une inspection liée à des allégations de négligence et de soins inadéquats de personnes résidentes par le personnel;
- une inspection liée à une plainte soumise à la directrice ou au directeur concernant la communication et la gestion des médicaments au sein du foyer;
- une inspection liée à un ordre rendu à l'égard foyer le 18 janvier 2024, concernant une affaire liée au sous-alinéa 55(2)b(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22, relativement au soin de la peau et des plaies, avec une date limite pour établir la conformité fixée au 29 février 2024;
- deux inspections liées à des allégations de mauvais traitement entre personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1320-0007 relativement à la disposition 55(2)b(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22 inspecté par Amanda Belanger (736)

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

Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)  
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle (Restraints/Personal Assistance Services Devices (PASD) Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

#### **Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 24(1)**

Obligation de protéger

24(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 que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence de la part d'une

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

### **Justification et résumé**

Une PSSP aurait été témoin qu'une autre PSSP n'avait pas fourni de soins à trois personnes résidentes de manière appropriée, et la PSSP n'a signalé ses observations que quelques jours plus tard.

Un examen de l'horaire a révélé que la PSSP impliquée travaillait des quarts de travail supplémentaires, avant que le foyer ne la retire du personnel en attendant les conclusions de l'enquête.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les personnes résidentes n'étaient pas protégées contre les mauvais traitements et la négligence de la part de la PSSP.

**Sources** : Notes de progrès pour trois personnes résidentes; trousse d'enquête interne; communications internes; horaire du personnel; et entretien avec le ou la DSI.

[736]

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 002 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : disposition 28(1)2 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée***

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

28(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 communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements étaient infligés à une personne résidente par un membre du personnel et avaient causé un préjudice ou risque pour la personne résidente signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés à la directrice ou au directeur.

**Justification et résumé**

Le ministère des Soins de longue durée (MLTC) a reçu un signalement du SIC relativement aux mauvais traitements entre personnes résidentes survenus la veille.

Le ou la gestionnaire clinique régional(e) ou l'administratrice ou l'administrateur intérimaire a confirmé que l'incident avait été signalé en retard à la directrice ou au directeur.

Le défaut de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur les mauvais traitements présumés entre personnes résidentes n'a eu qu'un faible impact sur les personnes résidentes.

**Sources :** Rapport du SIC; entretien avec la ou le gestionnaire clinique régional(e) ou l'administratrice ou administrateur intérimaire. [741670]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'allégation de soins inappropriés et de mauvais traitements infligés aux personnes résidentes par une PSSP soit immédiatement signalée à la ou au DSI.

**Justification et résumé**

Une PSSP affirme avoir vu une autre PSSP fournir de soins aux personnes résidentes d'une manière inopportune et inappropriée.

La PSSP a signalé ses préoccupations quelques jours plus tard, mais la directrice ou le directeur n'a été avisé que le lendemain de la présentation des allégations.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

La ou le DSI a indiqué que les allégations auraient dû être immédiatement présentées et signalées à la directrice ou au directeur.

L'impact sur les personnes résidentes a été faible malgré le fait que les allégations n'aient pas été immédiatement signalées à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Rapport d'IC; trousse d'enquête interne; politique du titulaire de permis intitulée « LTC Mandatory Reporting to MOLTC of Critical Incidents », dernière révision en octobre 2022; et entretien avec la ou le DSI.

[736]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements allégués d'une personne résidente par le personnel soient immédiatement signalés à la directrice ou au directeur.

**Justification et résumé**

Une préoccupation liée à une personne résidente a été soulevée concernant une blessure de cause inconnue. La personne résidente a déclaré ne pas être certaine de l'origine de la blessure et ne pas savoir si un membre du personnel l'avait causée.

L'administratrice ou l'administrateur intérimaire a indiqué être informé(e) de la blessure de cause inconnue, mais n'a pas signalé l'allégation de mauvais traitement à la directrice ou au directeur, alors qu'elle ou il aurait dû le faire.

L'impact sur la personne résidente a été faible malgré l'absence de signalement par le foyer de l'allégation de mauvais traitement par un membre du personnel à la directrice ou au directeur.

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Sources** : Notes de progrès de la personne résidente; registre des plaintes interne; politique du titulaire de permis; entretien avec la ou le gestionnaire clinique régional(e) ou l'administratrice ou l'administrateur intérimaire.

[736]

## **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

Problème de conformité n° 003 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 104(4)**

Conditions du permis

104(4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la condition de son permis concernant le respect d'un ordre délivré.

### **Justification et résumé**

Le 18 janvier 2024, le foyer a reçu l'ordre d'élaborer et de mettre en œuvre un processus à suivre par le personnel autorisé lorsque les fournitures de soins des plaies n'étaient pas disponibles pour assurer les traitements des plaies d'un résident comme prescrit, et le processus devait inclure un avis à la ou au DSI ou à la ou au responsable des soins de la peau et des plaies; un avis au médecin ou à l'infirmière ou l'infirmier praticien(ne) de la personne résidente, et les mesures correctives qui devaient être prises pour s'assurer que les fournitures requises étaient acquises en quantités appropriées en temps opportun. Le foyer devait également élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour les personnes résidentes qui avaient des lésions cutanées, afin de s'assurer que leurs ordonnances de traitement étaient à jour et suivies; les vérifications devaient être effectuées chaque semaine, pendant au moins quatre semaines. La date limite pour se conformer (DLC) à l'ordre de conformité était le 29 février 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le ou la responsable du programme de soins de la peau et des plaies a indiqué que le foyer n'avait pas mis en œuvre de procédure pour s'assurer que l'infirmière ou l'infirmier praticien(ne) ou le médecin soit informé(e) si les fournitures n'étaient pas disponibles et n'avait pas encore mis en œuvre de vérifications pour s'assurer que les soins des plaies des résidents étaient effectués conformément aux ordonnances du médecin.

**Sources :** Notes de progrès de deux personnes résidentes et ordonnances des médecins; politique du titulaire de licence relative à la peau et aux plaies; formulaires internes du foyer sur le suivi de l'approvisionnement et des soins de la peau et des plaies; entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA), une ou un IP, un responsable des soins de la peau et des plaies et d'autres membres du personnel concernés.

[736]

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 001.**

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA n° 001)**

**Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 003)**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Conformément à l'alinéa 349(6)c) et au paragraphe 349(10) du Règlement de l'Ontario 246/22,  
la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :  
Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

Aucune

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-  
respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier  
après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux  
résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de  
programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre  
des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de  
l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs (Responsive Behaviours)**

Problème de conformité n° 004 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la  
*LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 58(4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

58(4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des  
comportements réactifs :

- (a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;
- (b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements,  
dans la mesure du possible;
- (c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des  
évaluations,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5

Téléphone : 800 663-6965

des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les déclencheurs connus d'une personne résidente soient identifiés dans le programme de soins.

**Justification et résumé**

On savait qu'une personne résidente affichait des comportements physiquement réactifs envers les autres personnes résidentes dans la région du foyer. Un examen du programme de soins n'a pas permis d'identifier de déclencheurs liés aux comportements réactifs de la personne résidente.

Le ou la responsable des comportements réactifs a examiné le programme de soins de la personne résidente et a reconnu qu'il n'y avait aucun déclencheur identifié dans le programme de soins de la personne résidente et que ce aurait dû être le cas.

Il y avait un risque pour toutes les personnes résidentes en raison des déclencheurs identifiés qui ne figuraient pas dans le plan de soins de la personne résidente.

**Sources** : Notes de progrès et programme de soins de la personne résidente; politique du titulaire de permis intitulée « LTC Responsive Behaviour Program », revue pour la dernière fois en mai 2023; et entretien avec une PSSP, un ou une responsable des comportements réactifs et d'autres membres du personnel concernés.

[736]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour une personne résidente qui manifestait des comportements réactifs, des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir aux comportements.

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

### **Justification et résumé**

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs et d'altercations avec d'autres personnes résidentes. Les comportements des autres personnes résidentes ont été identifiés comme l'un de ses déclencheurs. Une intervention a été définie pour rediriger et calmer la personne résidente en cas de réaction.

L'intervention assignée n'a pas été mise en œuvre par une PSSP.

Le ou le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) a reconnu que le personnel ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente en ce qui a trait à la gestion des comportements réactifs.

Le fait de ne pas intervenir auprès de la personne résidente comme prévu dans son programme de soins pour gérer les comportements réactifs connus a exposé d'autres personnes résidentes à un risque de préjudice et de blessure.

**Sources** : Rapport d'IC, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer; et entretiens avec une PSSP, une ou un IA, le personnel de l'agence, la ou le responsable du Projet OSTC et d'autres membres du personnel concernés

[741670]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente manifestait des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente devait être évaluée à l'aide d'un outil cliniquement approprié après avoir été impliquée dans une altercation avec une autre personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**  
159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Un examen de l'outil cliniquement approprié a révélé que des documents manquaient.

La ou le responsable du Projet OSTC a indiqué que l'outil cliniquement approprié pour la personne résidente faisait partie de son évaluation et de sa réévaluation après une altercation et a aidé à déterminer sa réponse aux interventions.

Le fait de ne pas remplir la grille pour la personne résidente lorsqu'elle a fait preuve d'un comportement réactif peut entraver son évaluation et sa réévaluation et la capacité du personnel à évaluer sa réponse aux interventions.

**Sources** : Grille de la personne résidente; entretiens avec la ou le responsable du Projet OSTC et d'autres membres du personnel concernés. [741670]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 005 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

(b) Les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(2))

Le foyer n'a pas veillé à ce que les pratiques courantes soient conformes à la « Norme de Prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022 ». Plus précisément, l'hygiène des mains telle que requise par l'exigence supplémentaire 9.1(b) en vertu de la Norme de PCI.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Justification et résumé**

Au cours de l'inspection, on a observé trois PSSP entrer dans les chambres de personnes résidentes sans effectuer d'hygiène des mains. On a également observé deux autres PSSP retirer leurs gants jetables usagés dans le couloir et interagir avec les personnes résidentes sans effectuer d'hygiène de leurs mains.

La ou le responsable de la PCI a déclaré que le personnel aurait dû procéder à l'hygiène des mains après avoir enlevé leurs gants usagés et avant d'interagir avec les personnes résidentes et leur environnement.

Le fait que le personnel n'ait pas effectué d'hygiène des mains avant un contact avec la personne résidente et l'environnement a augmenté le risque de propagation d'infections dans le foyer.

**Sources** : Observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice; entretiens avec les PSSP, le ou la responsable de la PCI et d'autres membres du personnel concernés.

[741670]

## **AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 108(1) 3. i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

108(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Nord**

159, rue Cedar, bureau 403 Sudbury, ON  
P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les réponses écrites fournies à une personne qui a déposé une plainte auprès du titulaire de permis concernant une personne résidente comprennent le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

**Justification et résumé**

Des préoccupations écrites concernant une personne résidente et une altercation avec d'autres personnes résidentes ont été reçues par le titulaire de permis, et le foyer a répondu à cette préoccupation par écrit.

Les lettres de réponse ne comprenaient pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Le défaut de fournir les renseignements du ministère et de l'ombudsman des patients à l'autrice ou à l'auteur des préoccupations a eu peu d'impact sur la personne résidente.

**Sources** : Examen du rapport du SIC et des lettres de réponse; et entretien avec le ou la gestionnaire clinique et l'administratrice ou administrateur intérimaire.

[741670]