

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 19 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1121-0006

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : CVH (n° 11) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : MacKenzie Place, Newmarket

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10, 12, 13 et 17 au 19 novembre 2025

L'inspection concernait :

– Un signalement en lien avec une inspection proactive de conformité

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

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.

Le foyer a pris connaissance de trois plaintes relatives à des soins fournis de manière inappropriée à des personnes résidentes. Cependant, aucune de ces plaintes n'a été portée à l'attention de la directrice ou du directeur. Une personne résidente a fait savoir que l'on avait omis de changer son produit pour incontinence. Une autre personne résidente a également fait part de préoccupations quant à son produit pour incontinence. Enfin, une autre personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas reçu l'aide d'une personne préposée aux services de soutien personnel pour ses soins personnels, alors qu'elle l'avait pourtant demandé. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que l'on avait omis de signaler ces incidents à la directrice ou au directeur parce que l'on croyait comprendre les circonstances entourant ceux-ci et que les plaintes n'étaient pas fondées.

Sources : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

1. Dans le programme de soins d'une personne résidente, il y avait des instructions

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 Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

relatives à la mise en œuvre et à l'utilisation d'une intervention de prévention des chutes. De même, un membre du personnel a indiqué que la personne résidente devait bénéficier d'une certaine intervention, conformément à son programme de soins. En outre, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne a également fait savoir qu'il était prévu que celle-ci bénéficie de l'intervention en question. Cependant, lors d'une démarche d'observation, on a vu que l'intervention n'était pas en place auprès de la personne résidente.

Selon la politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy), les membres du personnel autorisé doivent mettre en œuvre des stratégies appropriées pour réduire le risque de chute des personnes résidentes, optimiser la capacité de fonctionner de celles-ci et prévenir les blessures.

Sources : Démarche d'observation; dossiers de santé d'une personne résidente; politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy); entretiens avec un membre du personnel et une mandataire spéciale ou un mandataire spécial.

2. Dans le cadre des évaluations associées à la routine de suivi des blessures à la tête menées auprès d'une personne résidente, on a respecté la fréquence établie, sauf en ce qui a trait à la première évaluation qui était requise. De même, on n'a pas documenté avec justesse le diagnostic établi pour la personne lors des évaluations qui ont bel et bien été effectuées.

Selon la politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy), les membres du personnel autorisé doivent, après une chute, évaluer la personne résidente concernée, y compris en ce qui touche les signes neurologiques et vitaux, et ils doivent aussi effectuer auprès de celle-ci une évaluation associée à la routine de suivi des blessures à la tête dues aux chutes toutes les heures pendant 4 heures, puis toutes les 8 heures pendant 72 heures.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que dans les dossiers cliniques de la personne résidente, il n'y avait pas d'information sur la première évaluation qui était requise, selon la fréquence établie, dans le cadre de la routine de suivi des blessures à la tête. Elle ou il a aussi indiqué qu'il y avait des lacunes en ce qui

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

concerne l'exactitude des renseignements liés aux évaluations qui avaient bel et bien été effectuées, précisant que les membres du personnel devaient consigner, lors d'une telle évaluation, des réponses appropriées concernant le diagnostic établi pour la personne résidente.

Sources : Dossiers de santé d'une personne résidente; politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy); entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers du foyer.

3. Dans le cadre des évaluations associées à la routine de suivi des blessures à la tête menées auprès d'une personne résidente, on a respecté la fréquence établie. Cependant, on n'a pas documenté avec justesse le diagnostic établi pour la personne lors des évaluations effectuées.

Selon la politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy), les membres du personnel autorisé doivent, après une chute, évaluer la personne résidente concernée, y compris en ce qui touche les signes neurologiques et vitaux, et ils doivent aussi effectuer auprès de celle-ci une évaluation associée à la routine de suivi des blessures à la tête dues aux chutes toutes les heures pendant 4 heures, puis toutes les 8 heures pendant 72 heures.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu qu'il y avait des lacunes en ce qui concerne l'exactitude des renseignements liés aux évaluations effectuées auprès de la personne résidente, précisant que les membres du personnel devaient consigner, lors d'une telle évaluation, des réponses appropriées concernant le diagnostic établi pour la personne.

Sources : Dossiers de santé d'une personne résidente; politique du foyer relative au programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program Policy); entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.