

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 21 août 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1310-0003

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** Mackenzie Health

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Mackenzie Health Long Term Care Facility, Richmond Hill

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9 et du 12 au 16 août 2024.

L'inspection faisant suite à une plainte a permis de fermer les demandes suivantes :

Une demande liée au plan de dotation en personnel et aux soins et services aux résidents.

Une demande liée aux droits et aux choix des résidents, aux services de soins et d'aide aux résidents, et à un foyer sûr et sécuritaire.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) a permis de fermer les demandes suivantes :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Une demande liée à une allégation de mauvais traitements et de négligence de la part du personnel envers une personne résidente.

Une demande liée à l'alimentation, à la nutrition et à l'hydratation.

Une demande liée à une chute avec un changement important de l'état de santé.

Une demande liée à un foyer sûr et sécuritaire

Une demande liée aux services de soins et de soutien aux résidents

Une demande liée aux droits et aux choix des résidents, aux services de soins et d'aide aux résidents, et à un foyer sûr et sécuritaire.

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

- Prévention et gestion des chutes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Droits et choix des personnes résidentes
- Foyer sûr et sécuritaire
- Normes de dotation, de formation et de soins

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 3 (1) de la LRS LD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix de la personne résidente concernant une procédure médicale soient respectés.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) et une plainte concernant un résultat de la personne résidente ont été soumis au directeur.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait un choix précis à suivre dans le cas où elle se trouverait dans un état de santé particulier. Le choix était documenté sur un formulaire précis, ainsi que dans le dossier médical électronique de la personne résidente.

Un jour, on a constaté que la personne résidente était dans un état de santé particulier. Les services d'urgence ont été contactés et l'équipe est arrivée peu après. Le document contenant le choix précis de la personne résidente a été fourni, mais l'équipe n'a pas accepté le choix, car le document n'était pas entièrement rempli. L'équipe a donc été de l'avant avec la procédure. L'équipe du personnel infirmier a revu le document et y a inséré des renseignements supplémentaires. Le formulaire, accompagné du choix souhaité par la personne résidente, a ensuite été accepté par les services d'urgence.

Les entretiens avec plusieurs membres du personnel et de la direction ont confirmé que le choix de la personne résidente n'avait pas été respecté et honoré, car le document en question n'avait pas été entièrement rempli.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Dans le cas de la non-conformité constatée, la personne résidente a dû rester au sol jusqu'à ce qu'elle soit examinée par un professionnel de la santé extérieur à l'établissement.

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente, rapports d'incidents des services d'urgence, entretiens avec le personnel infirmier et d'autres personnes.

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la sous-disposition 19 iv du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente demeurent confidentiels conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

### **Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un RIC et une plainte concernant un résultat de la personne résidente ont été soumis au directeur.

Une personne résidente était préparée pour être envoyée dans un établissement médical local. À l'arrivée des services d'urgence, un membre du personnel infirmier autorisé avait remis des documents médicaux appartenant à une autre personne résidente. Par conséquent, les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente ont été exposés à l'équipe.

Le membre du personnel infirmier autorisé et l'administrateur ont reconnu l'erreur et les documents incorrects ont ensuite été renvoyés au foyer de soins de longue durée.

La personne résidente n'a pas été affectée par cette erreur, car ses renseignements personnels sur la santé ont été récupérés par le foyer de soins de longue durée.

**Sources :** Dossier clinique de la personne résidente, rapports d'incidents des services d'urgence, entretiens avec le membre du personnel infirmier autorisé et d'autres personnes.

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)**

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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 titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner des soins ou un traitement inappropriés ou incompétents à l'égard d'une personne résidente soit immédiatement signalée au directeur.

**Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) d'agence avait mal appliqué un dispositif de transfert sur la personne résidente et que l'employée avait été renvoyée chez elle le matin même.

Selon les notes d'enquête interne du foyer, un membre du personnel infirmier autorisé a été alerté pour évaluer la personne résidente un matin, car un dispositif de transfert avait été appliqué de manière incorrecte sur cette dernière. La personne résidente a alors été évaluée et aucune blessure n'a été constatée. La PSSP d'agence identifiée a ensuite été renvoyée chez elle. Le membre du personnel infirmier autorisé a également contacté un gestionnaire de garde pour l'informer de la situation.

Selon le RIC, l'incident n'a été signalé au directeur que quelques jours plus tard.

Un entretien avec l'administration du directeur des soins a confirmé que l'application incorrecte du dispositif de transfert constituait un cas de soins et de traitements inappropriés ou incompétents qui devait être immédiatement signalé au

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

directeur. L'administration du directeur des soins a également confirmé que l'affaire avait été signalée tardivement au directeur.

Il n'y a pas eu de risque direct pour la personne résidente à la suite de la non-conformité.

**Sources :** RIC, dossiers médicaux électroniques et non électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de l'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit toujours aisément accessible et utilisable par une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur, indiquant que la personne résidente avait été victime d'un incident et qu'elle avait été envoyée dans un établissement médical local pour y être soignée.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Selon le programme électronique de soins de la personne résidente, la sonnette d'appel devait être placée à portée de main, car il s'agit d'une forme de stratégie de prévention des chutes.

Une observation a été faite : la personne résidente était dans son lit, mais la sonnette d'appel n'était pas à sa portée. La personne résidente n'a donc pas été en mesure de localiser et d'utiliser la sonnette d'appel.

La PSSP et l'administration du directeur des soins ont confirmé que la sonnette d'appel devait toujours être à portée de main lorsque la personne résidente était dans son lit.

Le résident présentait un risque de chute et ses besoins n'étaient pas satisfaits, car la sonnette d'appel n'était pas placée à sa portée.

**Sources :** Observations, programme de soins de la personne résidente et entretiens avec la PSSP et l'administration du directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en place d'un dispositif d'intervention en cas de chute pour la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur, indiquant que la personne résidente avait été victime d'un incident et qu'elle avait été envoyée dans un établissement médical local pour y être soignée.

Selon le programme électronique de soins de la personne résidente, une intervention de prévention des chutes devait être mise en œuvre lorsque la personne résidente était au lit. L'intervention devait être vérifiée par la PSSP pour s'assurer qu'elle était correctement placée et fonctionnelle.

Une observation a été faite où la personne résidente était dans son lit, mais l'intervention se trouvait d'un côté du lit et n'était pas connectée au système. Une PSSP est entrée dans la chambre et a rebranché l'intervention pour la personne résidente.

La PSSP a confirmé qu'il incombait au personnel de s'assurer de la fonctionnalité de l'intervention et a reconnu que celle-ci n'avait pas été vérifiée après le transfert de la personne résidente dans son lit.

La personne résidente présentait un risque accru de chute, car le personnel ne s'est pas assuré que l'intervention de prévention des chutes était fonctionnelle après avoir placé la personne résidente dans son lit.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Observations, programme de soins de la personne résidente et entretiens avec la PSSP et l'administration du directeur des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 9 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des techniques appropriées soient utilisées pour aider la personne résidente à manger.

### **Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur, indiquant que la personne résidente avait été victime d'un incident au cours d'un repas et qu'elle avait été envoyée dans un établissement médical local pour y recevoir des soins et un traitement supplémentaires.

Un examen des dossiers médicaux électroniques de la personne résidente a montré qu'elle avait été évaluée par un membre de l'équipe interprofessionnelle il y a environ un an. De multiples stratégies pour manger et boire en toute sécurité ont été élaborées et consignées dans le programme de soins de la personne résidente. Les stratégies devaient être suivies par le personnel soignant jusqu'à ce que la

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente ait vécu l'incident. Il a également été noté dans le dossier de la personne résidente qu'elle pouvait se nourrir seule pendant les repas.

Un jour, on a observé que la personne résidente prenait seule son repas dans la salle à manger commune et qu'aucun membre du personnel n'était assis à côté de cette personne. Toutefois, un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'il surveillait la personne résidente pendant toute la durée du repas. Alors qu'une PSSP préparait des boissons, le personnel a entendu la personne résidente taper et frapper sur la table. Plusieurs membres du personnel se sont immédiatement occupés de la personne résidente et ont commencé à appliquer les procédures d'urgence. La personne résidente a ensuite été envoyée dans un établissement médical local pour y recevoir des soins supplémentaires.

L'administration du directeur des soins a déclaré qu'un membre du personnel aurait dû s'asseoir à côté de la personne résidente pendant le repas pour s'assurer que la stratégie de sécurité alimentaire particulière était respectée, et a confirmé que cette stratégie n'était pas respectée au moment de l'incident.

Le risque et les conséquences pour la personne résidente sont modérés, puisque le personnel infirmier n'a pas été en mesure de s'assurer que la stratégie alimentaire particulière avait été suivie.

**Sources :** RIC, dossiers médicaux électroniques et non électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Orientation**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 259 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Orientation**

Paragraphe 259 (1) Pour l'application de la disposition 11 du paragraphe 82 (2) de la Loi, une formation est offerte à l'égard des domaines supplémentaires suivants :

2. L'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement en lien avec les responsabilités des membres du personnel, notamment le matériel thérapeutique, les appareils de levage, les appareils fonctionnels et les aides au changement de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP reçoive une formation sur l'utilisation sûre et correcte des appareils de levage mécaniques.

**Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur, indiquant qu'une PSSP d'agence avait mal appliqué un dispositif de transfert sur la personne résidente et que l'employée avait été renvoyée chez elle le matin même.

D'après les notes d'enquête interne du foyer et la PSSP, le personnel se préparait à transférer la personne résidente à l'aide d'un appareil de levage mécanique en appliquant un dispositif de transfert à la personne résidente. Une autre PSSP est arrivée et a découvert que le dispositif avait été mal appliqué. À ce moment-là, la personne résidente était restée au lit et le transfert n'a pas eu lieu. D'autres membres du personnel ont été alertés de la situation et la PSSP identifiée a été renvoyée chez elle peu de temps après.

Le dossier des ressources humaines et les dossiers de formation de la PSSP ont été examinés. Rien n'indique que ce membre du personnel ait reçu une formation sur la manière d'appliquer et d'enlever le dispositif de transfert en question.

L'administration du directeur des soins a indiqué que le dispositif de transfert faisait partie du système de levage mécanique et que la PSSP était censée utiliser

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'appareil de levage dans le cadre de ses fonctions. La PSSP et l'administration du directeur des soins ont toutes deux confirmé que le membre du personnel n'avait pas reçu de formation sur l'utilisation du dispositif de transfert avant de commencer à travailler dans le foyer de soins de longue durée. L'administration du directeur des soins n'a pas été en mesure de déterminer les raisons pour lesquelles cette formation n'a pas été donnée à la PSSP.

En raison de la non-conformité relevée, il aurait pu y avoir des risques d'atteinte à l'intégrité épidermique de la personne résidente et de glissement hors du harnais au cours d'un transfert.

**Sources :** RIC, dossiers médicaux électroniques et non électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec le personnel.