

## Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 04 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1310-0002	
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	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Fatemeh Heydarimoghari (742649)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs Natalie Jubian (000744)	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 10 mai 2024

L'inspection concernait :

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette plainte inspection :

- Un dossier relatif à la chute d'une personne résidente
- Un dossier relatif à l'alimentation, au personnel, à l'entretien ménager et à la lutte contre les parasites.
- Un dossier relatif aux visites et aux pratiques d'administration des médicaments.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de l'inspection liée à l'incident critique :

- Deux dossiers relatifs à des mauvais traitements d'un visiteur envers une personne résidente
- Un dossier relatif au mauvais traitement d'une personne résidente
- Un dossier relatif à la chute d'une personne résidente.

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes
- Loisirs et activités sociales
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 6) 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 :

6. Le résident a le droit de communiquer avec quiconque de manière confidentielle, de recevoir les visiteurs de son choix et de consulter quiconque en privé et sans entrave.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit de la personne résidente n° 003 de communiquer avec quiconque de manière confidentielle, de recevoir les visiteurs de son choix et de consulter quiconque en privé et sans entrave soit pleinement respecté et promu.

#### Justification et résumé

Une plainte a été reçue par la directrice concernant le fait que le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 était interdit d'accès au foyer. La personne résidente n° 003 était émotionnellement dépendante de son mandataire spécial, mais le foyer lui interdisait de lui rendre visite.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 003 indiquent que le médecin traitant de la personne résidente et les autres membres de la famille n'étaient pas autorisés à rendre visite à la personne résidente. D'autres rapports d'incidents critiques liés au même incident ont été soumis à la directrice avec des préoccupations concernant la suspicion de mauvais traitements de la personne résidente n° 003 par son mandataire spécial. La personne résidente a indiqué au travailleur social et au directeur ou à la directrice associé(e) des soins infirmiers qu'elle n'avait aucune inquiétude quant à sa sécurité et qu'elle souhaitait continuer à recevoir la visite de son mandataire spécial.

Le travailleur social et l'administratrice ont reconnu que le foyer n'avait pas tenu compte des souhaits de la personne résidente de voir son mandataire spécial et d'autres membres de la famille lorsqu'ils étaient interdits d'accès.

En ne tenant pas compte des souhaits de la personne résidente n° 003 de voir sa famille, il y avait un risque pour le bien-être émotionnel et physique de la personne résidente.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 003 et entretien avec l'administratrice et le travailleur social. [742649]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de celle-ci.

### **Justification et résumé**

La directrice a reçu une plainte concernant le fait que le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 était interdit d'accès au foyer. Le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 aurait menacé de ne pas suivre l'ordonnance de

médicaments de la personne résidente parce qu'il estimait que le foyer ne suivait pas les recommandations des spécialistes concernant les médicaments.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 003 indiquaient que le foyer ne pensait pas que les recommandations du spécialiste étaient sécuritaires pour la personne résidente, indépendamment des souhaits du mandataire spécial de la personne résidente n° 003 de les suivre. La recommandation du spécialiste a été fournie deux fois, mais le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 n'a pas été mis à jour en ce qui concerne le changement.

L'infirmière autorisée (IA) et l'administratrice ont reconnu que le foyer n'avait pas informé le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 des changements.

Le fait de ne pas avoir communiqué les changements de la posologie des médicaments au mandataire spécial de la personne résidente n° 003 a exposé la personne résidente à un risque modéré de préjudice.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec l'IA et le ou la DSI. [742649]

## **AVIS ÉCRIT : MARCHE À SUIVRE RELATIVE AUX PLAINTES – TITULAIRES DE PERMIS**

Problème de non-conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 26 (1) (c) de la LRSLD (2021)**

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Par. 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes : (c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement au directeur toute plainte écrite reçue concernant les soins fournis à une personne résidente, alors que la plainte avait été soumise dans le format prévu par le règlement et qu'elle était conforme à toute autre exigence prévue par le règlement.

## Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice à la suite d'une plainte écrite déposée par le mandataire de la personne résidente n° 004 à une date précise. La plainte écrite a été envoyée à l'administratrice du foyer par courriel.

La plainte concernait les soins prodigués à la personne résidente n° 004 pour une plaie. La plainte alléguait que le pansement de la plaie de la personne résidente n'avait pas été changé conformément à l'ordonnance, ce qui avait entraîné une infection. La plainte n'a été transmise à la directrice que trois jours plus tard.

L'administratrice a reconnu que la plainte avait été reçue par écrit et qu'elle concernait les soins prodigués à une personne résidente.

Le fait de ne pas signaler immédiatement la plainte à la directrice ne présentait aucun risque pour la personne résidente.

**Sources :** Rapport d'incident critique et entretien avec l'administratrice. [000744]

## **AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

S.-al. 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'incident de mauvais traitements présumé face à la personne résidente n° 003 fasse immédiatement l'objet d'une enquête.

## Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident critique ont été soumis à la directrice concernant un incident présumé de mauvais traitements entre un visiteur et une personne résidente, dans le cadre duquel le mandataire de la personne résidente n° 003 a refusé d'envoyer la personne résidente à l'hôpital, bien que cette dernière ait demandé à y être envoyée.

La personne résidente n° 003 avait demandé à être envoyée à l'hôpital, car elle ne se sentait pas bien. Le mandataire spécial de la personne résidente a été informé et a insisté pour que la personne résidente n° 003 ne soit pas envoyée à l'hôpital, bien qu'elle se sente mal. Le foyer a indiqué que la personne résidente n° 003 semble avoir des facultés cognitives suffisantes pour prendre ses propres décisions, même si son mandataire spécial mentionne qu'elle ne peut pas le faire. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir des notes d'enquête concernant l'incident de mauvais traitement présumé.

L'administratrice a reconnu que le foyer n'avait pas mené d'enquête formelle sur l'incident.

Il y avait un risque pour la sécurité des personnes résidentes et un autre incident de mauvais traitements envers la personne résidente n° 003, car le foyer n'a pas enquêté sur l'incident.

**Sources :** Le rapport d'incident critique, les dossiers cliniques d'une personne résidente et l'entretien avec l'administratrice. [742649]

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

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement les mauvais traitements ou la négligence dont a été victime la personne résidente n° 003 et qui auraient pu entraîner un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente.

## Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident critique ont été soumis à la directrice concernant un incident présumé de mauvais traitements entre un visiteur et une personne résidente, dans le cadre duquel le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 a refusé d'envoyer la personne résidente à l'hôpital, bien que ce dernier ait demandé à y être envoyé.

Le rapport d'incident critique indique que l'incident de mauvais traitement présumé s'est produit à une date précise, mais qu'il n'a été signalé à la directrice que six jours plus tard. L'administratrice a confirmé que le médecin avait informé le foyer de ses soupçons de mauvais traitement à l'égard de la personne résidente n° 003 à une date précise, mais que le foyer n'avait fait part de ces soupçons que six jours plus tard.

Le risque pour la personne résidente est faible lorsqu'un foyer n'informe pas immédiatement la directrice ou le directeur.

**Sources :** Rapport d'incident critique et entretien avec l'administratrice. [742649]

## AVIS ÉCRIT : PRÉPARATION ALIMENTAIRE

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 78 (3) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

(b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Paragraphe 78 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et liquides du système de production soient servis selon des méthodes permettant d'éviter l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

## Justification et résumé

Lors d'une observation en salle à manger, avant le service des repas, un plateau de fruits ordinaires et en purée a été remarqué à l'extérieur du comptoir de service, non couvert. Aucune aide diététique n'était présente dans la salle à manger.

Une personne résidente a été remarquée devant le comptoir de service, attendant l'arrivée du personnel diététique. Un membre de la famille est entré dans la salle à manger, a été accueilli par la personne résidente et tous deux se sont tenus devant le comptoir de service, devant le plateau de fruits. La personne résidente et le membre de sa famille ont commencé à se servir des bols de fruits sur le plateau, les ont regardés et les ont remis sur le plateau. La personne résidente a ensuite pris une serviette en papier sur le dessus de la desserte et s'est mouchée au-dessus du plateau de fruits non couvert. Deux aides diététiques sont entrées dans la salle à manger et ont commencé à préparer des tranches de gâteau pour le service du midi. L'inspecteur a demandé aux aides diététiques s'il était courant de laisser un plateau de fruits à découvert de l'autre côté du comptoir, ce à quoi l'aide diététique a répondu par la négative et n'était pas sûre de la durée pendant laquelle le plateau de fruits avait été laissé à découvert.

Une fois les tranches de gâteau préparées, l'aide diététique s'est rendu de l'autre côté du comptoir de service et a recouvert le plateau de fruits ainsi que les tranches de gâteau d'une pellicule plastique, puis a laissé les plateaux sur une table à côté du comptoir de service. Aucune température n'a été prise sur les fruits avant ou pendant le service de repas.

Le responsable des services d'alimentation a indiqué que les fruits et les desserts devaient être conservés dans le réfrigérateur du comptoir de service jusqu'à la fin du service, afin de s'assurer qu'ils étaient à la bonne température. Ils ont en outre confirmé que les fruits n'avaient pas été rangés de manière à prévenir l'adulteration, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les fruits soient conservés de manière appropriée a exposé les personnes résidentes à un risque de maladie.

**Sources** : Observations, entretien avec le ou la responsable des services d'alimentation. [000744]

## **AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Par. 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 :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu hebdomadaire approprié soit affiché dans toutes les salles à manger.

### Justification et résumé

Au cours de l'inspection, il a été constaté que le menu d'automne et d'hiver de la deuxième semaine (du 13 novembre au 5 mai 2024) était affiché sur les tableaux d'affichage de toutes les salles à manger du foyer. Les menus quotidiens affichés à l'extérieur des salles à manger indiquaient le menu automne/hiver de la troisième semaine et coïncidaient avec les plats servis ce jour-là.

Le ou la responsable des services d'alimentation a confirmé que les menus hebdomadaires affichés ne correspondaient pas au cycle et qu'ils auraient dû être mis à jour pour refléter le cycle actuel.

Le fait de ne pas communiquer le menu hebdomadaire approprié aux personnes résidentes peut les empêcher de profiter du service de repas.

**Sources** : observations, entretien avec le personnel. [000744]

### **AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes**

Problème de non-conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : par. 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion des plaintes

par. 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'un rapport documenté soit conservé dans le foyer et comprenne :

- (a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- (b) la date de réception de la plainte;
- (c) le type de mesure prise pour régler la plainte, y compris la date de la mesure, les délais pour les mesures à prendre et toute mesure de suivi nécessaire;
- (d) le règlement final, le cas échéant;
- (e) chaque date à laquelle une réponse a été fournie au plaignant et une description de la réponse;
- (f) toute réponse faite à son tour par le plaignant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir un rapport documenté des plaintes verbales concernant les soins prodigués à la personne résidente n° 003.

### Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice concernant les médicaments de la personne résidente n° 003, car le foyer n'a pas suivi la recommandation du spécialiste de la personne résidente n° 003. Le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 n'était pas d'accord avec la décision du foyer de ne pas suivre la recommandation du spécialiste et a déposé plusieurs plaintes auprès du foyer à maintes reprises.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 003 indiquent que son mandataire spécial a formulé à plusieurs reprises des plaintes concernant les médicaments de la personne résidente auprès d'un travailleur social et d'une ou d'un IA lors d'une conférence sur les soins. Le travailleur social et l'IA ont confirmé la même chose, mais aucune procédure formelle n'a été suivie pour répondre aux sujets de préoccupations du mandataire spécial.

Un examen du registre des plaintes du foyer a montré qu'il n'existait pas de rapport documenté sur la nature de la plainte, la date de réception de la plainte, les mesures de suivi pour résoudre la plainte, la résolution finale, chaque date à laquelle une réponse a été fournie au plaignant et une description de la réponse, et toute réponse faite à son tour par le mandataire spécial.

L'administratrice a confirmé que le foyer dispose d'une politique concernant les plaintes verbales ou écrites et qu'elle les examine et tente de les résoudre dans les 24 heures. En cas de plainte verbale, il existe un formulaire de plainte. En général, les personnes impliquées dans les plaintes ajoutent leurs notes au formulaire de plainte, puis il existe une fiche de suivi des plaintes pour y faire suite.

Il y avait un risque modéré pour la santé de la personne résidente lorsqu'un foyer ne donnait pas suite au sujet de préoccupation du mandataire spécial.

**Sources** : La note d'évolution, la politique du foyer en matière de plaintes et les entretiens avec le personnel. [742649]