

Rapport public

Date d'émission du rapport : 8 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1140-0001

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : 848357 Ontario Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The O'Neill Centre, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 5 au 8 janvier 2026

L'inspection concernait les signalements suivants à propos d'incidents critiques (IC) :

- Signalement : n° 00162189 – IC n° 2631-000021-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre physique/verbal
- Signalement : n° 00164318 – IC n° 2631-000026-25 – Signalement en lien avec des allégations de préjudice

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

Comportements réactifs

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui

affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Une personne résidente devait faire l'objet d'une surveillance accrue. À une date donnée, alors que les exigences à cet égard avaient été établies, on a omis d'exercer la surveillance accrue requise auprès de la personne à deux reprises au cours de la journée. La ou le gestionnaire du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a reconnu que les membres du personnel n'auraient pas dû laisser la personne résidente sans surveillance.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; démarche d'observation; entretiens.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect de : l'alinéa 60 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) tous les membres du personnel chargé des soins directs sont informés au début de chaque quart de travail au sujet de chaque résident dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue parce qu'ils peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres personnes.

On a demandé à une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) d'exercer une surveillance accrue auprès d'une personne résidente à une date donnée. Cependant, au moment où on lui a confié cette tâche, la PSSP n'était pas au courant des comportements réactifs qu'adoptait la personne résidente. En effet, cette personne devait faire l'objet d'une surveillance accrue en raison de ses comportements réactifs, lesquels étaient susceptibles de présenter un risque pour la sécurité. La ou le gestionnaire du Projet OSTC a reconnu que la PSSP aurait dû être au courant de cette situation.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la PSSP et la ou le gestionnaire du Projet OSTC.