

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 26 novembre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1613-0004**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Municipalité régionale de Peel**Foyer de soins de longue durée et ville :** Malton Village Long Term Care Centre,
Mississauga

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 5 au 8, 12 au 15, 18 et 19 novembre 2024

L'inspection concernait les dossiers du système de rapport d'incidents critiques (IC) suivants :

- Le dossier : n° 00122635 – [Incident critique : M618-000045-24] – Mauvais traitements d'ordre sexuel entre personnes résidentes
- Le dossier : n° 00124435 – [Incident critique : M618-000051-24] – Blessure de cause inconnue
- Le dossier : n° 00125002 – [Incident critique : M618-000054-24] – Mauvais traitements d'ordre psychologique entre le personnel et les personnes résidentes et négligence
- Le dossier : n° 00125644 – [Incident critique : M618-000056-24] – Mauvais traitements d'ordre psychologique entre le personnel et les personnes résidentes et négligence
- Le dossier : n° 00125869 – [Incident critique : M618-000057-24] – Prévention et gestion des chutes

L'inspection concernait les dossiers de plaintes suivants :

- Le dossier : n° 00129286 – Soins inadéquats

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :

- Le dossier : n° 00124112 – [Incident critique : M618-000049-24] et dossier n° 00127182 [Incident critique : M618-000061-24] – Prévention et gestion des chutes
- Le dossier : n° 00129293 – [Incident critique : M618-000064-24] – Soins inadéquats

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Al. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente donnait comme directive au personnel de la tenir à l'écart d'une autre personne résidente particulière. Selon une observation, les deux personnes résidentes étaient proches dans une aire commune et interagissaient. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas été en mesure de confirmer comment les mesures d'intervention étaient mises en œuvre lorsque le personnel n'était pas présent auprès des personnes résidentes. Le ou la responsable des soins a déclaré que la formulation du programme de soins aurait pu être clarifiée afin de permettre au personnel de mieux comprendre comment mettre en œuvre les mesures d'intervention.

L'absence de directives claires à l'intention du personnel dans le programme de

soins a augmenté le risque de sécurité d'une personne résidente.

Sources : observations des personnes résidentes, programme de soins d'une personne résidente et entretiens avec une PSSP et un ou une responsable des soins.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 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 veillé à ce que la personne résidente n° 002 soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre sexuel commis par la personne résidente n° 003.

Le paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22 définit le mauvais traitement d'ordre sexuel comme « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une autre personne qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel » (« mauvais traitements d'ordre sexuel »).

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis concernant le mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente n° 002 par la personne résidente n° 003. À une date donnée, un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a découvert que la personne résidente n° 003 et la personne résidente n° 002 étaient assises l'une à côté de l'autre et que la personne résidente n° 003 touchait la personne résidente n° 002 de manière inappropriée. L'IAA a demandé à la personne résidente n° 003 de cesser ces gestes et a ensuite quitté la chambre pour trouver un autre membre du personnel qui l'aiderait à traduire sa demande. De retour dans la chambre, la personne résidente n° 003 a été observée en train de toucher à nouveau la personne résidente n° 002 de manière inappropriée. Les deux personnes résidentes ont été séparées et évaluées par le personnel.

L'IAA a déclaré que les personnes résidentes auraient dû être immédiatement séparées au moment de l'incident. Le ou la responsable des soins a confirmé que la personne résidente n° 003 avait touché la personne résidente n° 002 de manière inappropriée à deux reprises.

Le fait de ne pas protéger la personne résidente n° 002 contre les mauvais traitements d'ordre sexuel commis par la personne résidente n° 003 pourrait nuire à la personne résidente n° 002.

Sources : rapport d'IC n° M618-000045-24, notes d'enquête du foyer, entretiens avec un ou une IAA et un ou une responsable des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Un ou une IAA a remarqué que la personne résidente n° 003 touchait de façon inappropriée la personne résidente n° 002. L'IAA n'a pas immédiatement séparé les personnes résidentes et le comportement inapproprié s'est reproduit une deuxième fois.

L'examen de la politique du foyer sur la prévention, le signalement et l'élimination des mauvais traitements/de la négligence (LTC1-05.01) (Prevention, Reporting and Elimination of Abuse/Neglect [LTC1-05.01]), indique que l'IAA doit immédiatement assurer le bien-être et la sécurité de la personne résidente abusée en la séparant ou éloignant de la personne résidente présumée responsable du mauvais traitement

ou de la négligence.

L'IAA et le ou la responsable des soins ont confirmé que les personnes résidentes n° 002 et n° 003 n'avaient pas été séparées l'une de l'autre, ce qui a entraîné une récurrence des mauvais traitements d'ordre sexuel.

Le non-respect de la politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitement et de négligence a donné lieu à de mauvais traitements d'ordre sexuel de la personne résidente n° 002 par la personne résidente n° 003.

Sources : rapport d'IC n° M618-000045-24, politique sur la prévention, le signalement et l'élimination des mauvais traitements/de la négligence (LTC1-05.01) (Prevention, Reporting and Elimination of Abuse/Neglect [LTC1-05.01]), et entretiens avec un ou une IAA et un ou une responsable des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, soit mise en œuvre en ce qui concerne l'utilisation inadéquate de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).

La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, à la section 9.1 (f), que des précautions supplémentaires ont été prises, notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination de l'ÉPI de façon appropriée.

Justification et résumé

Une PSSP a été observée en train de prodiguer des soins à une personne résidente à l'intérieur de la chambre faisant l'objet de précautions à prendre en situation de

contact. Une affiche indiquant les précautions à prendre en situation de contact a été apposée sur la porte, précisant l'ÉPI particulier à porter par le personnel. La PSSP portait des gants, mais pas de blouse.

La PSSP a confirmé que le personnel devait porter une blouse et des gants lorsqu'elle prodiguait des soins à une personne résidente soumise à des mesures de précautions à prendre en situation de contact. Le ou la responsable de la PCI a déclaré que le personnel n'avait pas porté l'ÉPI approprié lorsqu'il était entré dans la chambre de la personne résidente et qu'il y avait donc un risque accru de propagation de l'infection aux autres personnes résidentes du foyer.

Sources : observations et entretiens avec une PSSP et un ou une responsable de la PCI.