

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 30 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1613-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : The Regional Municipality of Peel

Foyer de soins de longue durée et ville : Malton Village Long Term Care Centre,
Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29 et 30 janvier 2025.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00137158 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Gestion de la douleur

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures connexes,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le chariot à médicaments d'une section accessible aux résidents soit réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures connexes. L'observation d'un chariot à médicaments a révélé qu'il contenait divers objets.

Sources : Observation d'un chariot à médicaments; entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée (IAA).

[732787]

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 24 janvier 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit documentée par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) dans l'application Point of Care.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente.

[732787]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la peau et les plaies d'une personne résidente fassent l'objet d'une réévaluation hebdomadaire, conformément à la politique du foyer en ce qui concerne les soins de la peau et des plaies.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique relative au programme de soins de la peau et des plaies du foyer (*Skin and Wound Care Program Policy*), dont la dernière révision remonte au 6 septembre 2024; entretien avec une infirmière autorisée (IA).

[732787]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le de gestion de la douleur du foyer pour une personne résidente.

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées.

Plus précisément, la politique de gestion de la douleur du foyer indiquait que les infirmières doivent procéder à des évaluations hebdomadaires de la douleur chez les personnes résidentes qui doivent prendre des analgésiques à intervalles réguliers.

Une personne résidente s'est vu prescrire des analgésiques à prendre à intervalles réguliers, mais aucune évaluation hebdomadaire de la douleur n'a été effectuée depuis la date de l'ordonnance. Une IAA et le directeur des soins par intérim ont tous deux reconnu que les évaluations de la douleur de la personne résidente n'étaient pas effectuées chaque semaine.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique relative au programme de gestion de la douleur du foyer (*Pain Management Program Policy*), dont la dernière révision remonte au 6 septembre 2024; entretiens avec le directeur des soins par intérim et l'IAA.

[732787]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié, à savoir du lait à 2 % et des côtes levées barbecue, soient offerts et disponibles. Le superviseur des services de diététique a confirmé que le lait à 2 % était la boisson de premier choix du menu et qu'il aurait dû être proposé au début du repas, et que les côtes levées barbecue n'avaient pas été livrées par le fournisseur et qu'elles ne pouvaient donc être offertes.

Sources : Observations et entretien avec le superviseur des services de diététique.

[000707]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect : de l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à communiquer la substitution des côtes levées barbecue au menu du dîner aux personnes résidentes et au personnel. Le superviseur des services de diététiques a confirmé que le cuisinier ne l'avait pas informé de la substitution et que le tableau numérique du menu n'avait donc pas été mis à jour.

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Sources : Observations et entretien avec le superviseur des services de diététique.

[000707]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect : de l'alinéa 78 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (4) Le titulaire de permis tient et conserve pendant au moins un an un dossier de ce qui suit :

b) le cycle de menus approuvé;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir et à conserver pendant au moins un an un dossier du cycle de menus approuvé. Le superviseur des services de diététique a confirmé qu'il n'avait pas pu retrouver le dossier lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur l'a demandé.

Sources : Entretien avec le superviseur des services de diététique.

[000707]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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 :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir à une personne résidente ses aides à l'alimentation pendant le service des repas, comme le précise son programme de soins, afin qu'elle puisse manger et boire de manière aussi autonome que possible.

Sources : Observations et programme de soins d'une personne résidente.

[000707]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

5. Le diététiste agréé du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le diététiste professionnel du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité. Le spécialiste en amélioration constante de la qualité a confirmé que, jusqu'en novembre 2024, le

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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

diététiste professionnel ne faisait pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec le spécialiste en amélioration constante de la qualité.

[000707]

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 6 du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité. Le spécialiste en amélioration constante de la qualité a confirmé que, jusqu'en novembre 2024, le fournisseur de services pharmaceutiques ne faisait pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Procès-verbal d'une réunion du comité d'amélioration constante de la qualité et entretien avec le spécialiste en amélioration constante de la qualité.

[000707]