

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 11 avril 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1613-0003**Type d'inspection :**

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 : du 1^{er} au 4 et du 7 au 11 avril 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00136951/incident critique n° M618-000004-25 et le dossier : n° 00138427/incident critique n° M618-000008-25 lié à des allégations de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00138789/incident critique n° M618-000009-25 lié à de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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 (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

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 conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Par. 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 :

- a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit qui indique l'utilisation prévue d'une mesure d'intervention pour la personne résidente soit adopté pour une personne résidente.

Lors d'une observation, le recours à une mesure d'intervention précise a été constaté. L'utilisation prévue de cette mesure d'intervention n'était pas documentée dans le programme de soins provisoire de la personne résidente. L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) et le ou la responsable des soins ont tous deux reconnu que la mesure d'intervention n'était pas inscrite dans le programme de soins provisoire de la personne résidente.

La mesure d'intervention a été consignée dans le programme de soins provisoire le lendemain de l'observation.

Sources : l'observation, l'examen du programme de soins provisoire de la personne résidente et l'entretien avec l'IA et le ou la responsable des soins.

Date de la rectification apportée : 3 avril 2025

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

Par. 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 protégé une personne résidente contre les mauvais traitements infligés par une personne résidente.

L'alinéa 2 (1) (c) du règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident ».

Une personne résidente s'est approchée d'une autre personne résidente et a effectué un geste qui a provoqué des blessures. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et le ou la responsable des soins ont tous deux reconnu que la personne résidente concernée n'était pas protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique.

Sources : les dossiers cliniques des personnes résidentes, l'incident critique et l'entretien avec la PSSP et le ou la responsable des soins.