

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 avril 2026
Numéro d'inspection : 2026-1613-0003
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : La municipalité régionale de 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 : 15 au 17 et 20 avril 2026

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur des incidents critiques :

- Signalement : n° 00172434 (incident critique n° M618-000005-26) – Signalement en lien avec la prévention et la gestion des chutes.

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 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.

Parmi les mesures d'intervention pour la prévention des chutes d'une personne résidente, on mentionnait l'utilisation d'un appareil précis. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les mesures de prévention des chutes étaient en place, alors qu'elles n'avaient pas été mises en œuvre à la date indiquée.

Sources : Examen du programme de soins d'une personne résidente, du dossier dans le système de points de service, de l'incident critique et des notes d'enquête du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

Une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. Les mesures d'intervention pour la prévention des chutes n'ont pas été mises en œuvre pour la personne résidente au moment de la chute.

Sources : Examen du dossier clinique d'une personne résidente, de l'IC et des notes d'enquête du foyer et entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

Parmi les mesures d'intervention pour la prévention des chutes d'une personne résidente, on mentionnait l'utilisation d'un appareil précis. À une date donnée, on a mis l'appareil en place auprès de la personne résidente; toutefois, celui-ci ne fonctionnait pas.

Sources : Démarches d'observation, examen des dossiers cliniques d'une personne résidente et du registre du personnel d'entretien, et entretiens avec des membres du personnel.