

Rapport public

Date d'émission du rapport : 24 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1048-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Poranganel Holdings Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : King City Lodge Nursing Home, King City

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23 et 24 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier en lien avec le suivi n° 1 – OC n° 002, 2025-1048-0004 – Paragraphe 356(3) du Règl. de l'Ont. 246/22, Construction et rénovation de foyers. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 9 septembre 2025
- Un dossier en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1048-0004 en lien avec le paragraphe 356(3) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Rapports et plaintes

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 *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect du : paragraphe 6(8) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(8) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel examine le programme de soins d'une personne résidente, ce qui a entraîné une blessure.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'un membre du personnel devait l'aider à se déplacer.

Au moment de la chute, la personne préposée aux services de soutien personnel a confirmé qu'elle n'avait pas examiné le programme de soins de la personne résidente avant de lui prodiguer des soins et qu'elle ne savait pas qu'elle devait rester avec la personne pendant qu'elle se déplaçait.

Sources : Rapport d'incident critique; notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente; entretiens avec un membre du personnel infirmier autorisé et la directrice ou le directeur des soins cliniques et de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(3)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on informe la directrice ou le directeur au plus tard un jour ouvrable après l'incident lorsqu'une personne résidente a fait une chute ayant entraîné une blessure qui a nécessité son transfert à l'hôpital et causé un changement important dans son état de santé.

Sources : Rapport d'incident critique; entretiens avec la directrice ou le directeur des soins cliniques et de la qualité; dossier clinique de la personne résidente.

