

Rapport public

Date d'émission du rapport : 18 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1107-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited as General Partner of 2063414 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : St. George Community, Toronto

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 12, 13, 16, 17 et 18 juin 2025

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :

Les dossiers : n° 00138358 et n° 00149401 étaient liés à de multiples problèmes de soins.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de l'inspection liée à l'incident critique :

Le dossier : n° 00148026 (système de rapport d'incidents critiques n° 2594-000014-25) lié à la prévention et à la gestion des chutes.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

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 du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes.

La personne résidente a fait une chute et s'est blessée, ce qui a nécessité un transfert à l'hôpital, car les mesures d'intervention des chutes n'avaient pas été mises en place conformément à son programme de soins, ce qui a été reconnu par un membre du personnel.

Sources : examen du rapport d'incident critique (IC), du programme de soins provisoire de la personne résidente et des notes d'enquête; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) 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 soit documentée pour une personne résidente en ce qui concerne la douche.

Une personne résidente a refusé de prendre sa douche et s'est vu proposer une autre méthode de toilette au lit, mais cette autre méthode de toilette n'a pas été documentée, ce qui a été reconnu par un membre du personnel.

Sources : examen des dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les repas et les collations soient servis aux moments convenus par le conseil des résidents et l'administrateur ou la personne qu'il a désignée. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis aux heures convenues par le conseil des résidents et l'administrateur ou l'administratrice. Le conseil des résidents a accepté que le dîner soit servi à une heure précise. Lors d'une observation, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que le dîner avait été servi à plusieurs personnes résidentes après l'heure précisée.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, procès-verbaux des réunions du comité alimentaire des personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.