

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1430-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Sprucedale LTC LP par ses partenaires généraux Sprucedale LTC GP Inc. et RMI (Sprucedale) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Sprucedale Care Centre, Strathroy

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 15 et 16 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00126918 [Incident critique (IC) n° 2946-000013-24] liée à une chute d'une personne résidente

L'inspection a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00127491 [IC n° 2946-000014-24] liée à une chute d'une personne résidente

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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 la non-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 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 la personne résidente reçoive les soins liés aux interventions en cas de chute prévus dans le programme de soins.

Justification et résumé

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques a été soumis au directeur concernant une chute sans témoin d'une personne résidente.

Selon le programme de soins de la personne résidente, l'une des interventions prescrites pour la prévention des chutes était l'utilisation d'une sonnette d'appel. Le programme de soins précise que la sonnette d'appel doit être placée à portée de main de la personne résidente.

Lors d'une observation de la personne résidente, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la sonnette d'appel n'était pas à portée de main de la personne

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

résidente. L'une des infirmières autorisées (IA) a confirmé lors de l'observation que la sonnette d'appel aurait dû être placée à portée de main de la personne résidente. En présence de l'inspectrice ou de l'inspecteur, l'IA a repositionné la sonnette d'appel pour qu'elle soit à portée de main de la personne résidente.

Sources :

Observation de la personne résidente, examen du dossier et entretien avec des membres du personnel

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 15 octobre 2024