

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 10 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1626-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Corporation of the City of Windsor

Foyer de soins de longue durée et ville : Huron Lodge Long Term Care Home, Windsor

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1^{er} et 2 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00123068/incident critique, dossier n° 631-000012-24 concernant la 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

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de London

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800-663-3775

Problème de conformité – 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 de : l'alinéa 115(4)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115(4) – S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5). Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 115(4).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on informe la directrice ou le directeur d'une blessure ayant entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure, laquelle a provoqué le décès de la personne sept jours plus tard.

On a présenté un rapport d'incident critique à la directrice ou au directeur sept jours après l'incident.

Lors d'entretiens, des membres du personnel ont reconnu qu'il fallait apporter des rajustements aux soins fournis à la personne résidente en raison du déclin de son état de santé et que le rapport d'incident critique n'avait pas été soumis à temps à la directrice ou au directeur.

La présentation tardive du rapport n'a causé aucun préjudice à la personne résidente et n'a pas provoqué non plus de risque en ce sens.

Sources : Examen du rapport d'incident critique; examen des dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers et d'autres membres du personnel.