

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 18 septembre 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1580-0003
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> Cité de Toronto
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Seven Oaks, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 29 et 30 août ainsi que les 3 et 4 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00120867/Incident critique (IC) n° M571-000023-24 – liée à la prévention et à la gestion des chutes
- Demande n° 00124264/IC n° M571-000026-24/M571-000027-24 – liée à une personne résidente portée disparue depuis plus de trois heures

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demande n° 00120280/IC n° M571-000019-24, demande n° 00120768/IC n° M571-000022-24 et demande n° 00123956/IC n° M571-000025-24 – liée à la prévention et à la gestion des chutes.

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

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention et gestion des chutes

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à immédiatement informer le directeur qu'une personne résidente était portée disparue depuis trois heures ou plus.

#### Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique (RIC) en lien avec une personne résidente portée disparue depuis trois heures ou plus le lendemain de l'incident. Une infirmière autorisée (IA) a déclaré qu'elle n'avait pas appelé la ligne téléphonique de Service Ontario en dehors des heures de bureau pour signaler que la personne résidente était portée disparue depuis trois heures ou plus.

Le fait de ne pas avoir immédiatement informé le directeur qu'une personne résidente était portée disparue depuis trois heures ou plus a limité la capacité du directeur à réagir rapidement à l'incident.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** RIC n° M571-000026-24, entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la sous-disposition 1 viii du paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
  - viii. les disparitions de résidents,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de mesures d'urgence du foyer soit respecté en cas de disparition d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à la mise en place et au respect d'un plan de mesures d'urgence pour faire face aux disparitions de personnes résidentes. Plus précisément, le personnel infirmier ne s'est pas conformé à la politique du foyer en matière de disparitions de personnes résidentes (code jaune) (*Missing Resident – Code Yellow*) (EM-0501-00, publiée le 15 décembre 2022), selon laquelle un code jaune doit être déclenché lorsqu'une personne résidente est portée disparue depuis trois heures ou plus.

### **Justification et résumé**

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Une personne résidente a quitté le foyer à un moment donné et n'est pas revenue à l'heure prévue.

Une IA affirme avoir reçu un rapport du personnel de l'unité indiquant que la personne résidente n'était pas revenue au foyer trois heures ou plus après l'heure prévue. Les membres du personnel ont confirmé qu'aucun code jaune n'avait été déclenché pendant leurs quarts de soir et de nuit respectifs alors que la personne résidente était portée disparue depuis trois heures ou plus.

Selon la politique du foyer en matière de disparitions de personnes résidentes (code jaune), le personnel infirmier autorisé devait déclencher un code jaune s'il ne savait pas où se trouvaient des personnes résidentes.

Une infirmière gestionnaire a confirmé que le personnel infirmier autorisé devait déclencher le code jaune lorsque la personne résidente était portée disparue depuis plus de trois heures. Elle a confirmé que le code jaune n'avait été déclenché que le lendemain et a reconnu que le personnel aurait dû le déclencher au bout de trois heures ou plus que la personne résidente était portée disparue.

Le non-respect du plan de mesures d'urgence en cas de disparition de personnes résidentes a mis en péril la sécurité de la personne résidente, qui a manqué à l'appel pendant une période prolongée.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, politique du foyer en matière de disparitions de personnes résidentes (code jaune) (*Missing Resident — Code Yellow*) (EM-0501-00, publiée le 15 décembre 2022) et entretiens avec le personnel.