

Rapport public

Date d'émission du rapport : 26 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1355-0005

Type d'inspection :

Plainte

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : West Oak Village, Oakville

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 11 au 13, du 19 au 22 et le 25 août 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00150958 – correspondance électronique 245-2025-1569 – auteur ou autrice de la plainte ayant des préoccupations liées au foyer sûr et sécuritaire.
- PC-2025-0000589 – auteur ou autrice de la plainte ayant des préoccupations liées au foyer sûr et sécuritaire.

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

Foyer sûr et sécuritaire

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 1) 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) :

1. Un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident impliquant une personne résidente qui était portée disparu pendant moins de trois heures et qui est revenue au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état, soit signalé au directeur ou à la directrice au plus tard un jour ouvrable après l'incident. La disparition de la personne résidente a été confirmée par le directeur ou la directrice des soins infirmiers.

Sources : notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1 viii. 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 respecté les plans de mesures d'urgence du foyer lorsque la politique sur le code jaune – disparition d'une personne résidente (Code Yellow-Missing Resident) n'a pas été suivie alors que la personne résidente était portée disparu à une date déterminée. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites établies pour la préparation aux situations d'urgence et la gestion soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur le code jaune – disparition d'une personne résidente (Code Yellow-Missing Resident) indique que le code jaune est annoncé lorsqu'une personne résidente est déterminée comme ayant disparue, ce qui n'a pas été le cas.

Sources : politique sur le code jaune – disparition d'une personne résidente (Code Yellow-Missing Resident) et entretiens avec le personnel.