

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1284-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Slovenian Linden Foundation

Foyer de soins de longue durée et ville : Dom Lipa, Etobicoke

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 janvier 2026, ainsi que 2, 3, 4, 5 et 17 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 6 février 2026

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des plaintes :

- Signalement : n° 00160317 – Signalement en lien avec l'alimentation, la nutrition et l'hydratation.
- Signalement : n° 00168452 – Signalement en lien avec la notion de foyer sûr et sécuritaire.

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur un incident critique (IC) :

- Signalement : n° 00167431/IC n° 2794-000001-26 – Signalement en lien avec la prévention et le contrôle des infections.

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

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

On a vu qu'il n'y avait pas, dans l'ensemble du foyer, des affiches présentant les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les mesures à prendre si une maladie de ce type était soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Au cours de l'inspection, on a constaté que l'on avait installé des affiches de ce type aux entrées du foyer et dans l'ensemble de ses secteurs.

Sources : Démarches d'observations; entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Date de mise en œuvre de la rectification : 30 janvier 2026.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

On a constaté que les fenêtres dans la chambre à coucher d'une personne résidente

laissaient entrer des courants d'air froid dans la pièce. La coordonnatrice ou le coordonnateur des installations et la directrice générale ou le directeur général ont reconnu que l'on devait entretenir les fenêtres pour empêcher que des courants d'air froid pénétrèrent dans la pièce.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des installations et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le foyer a omis de transmettre, à la directrice ou au directeur, la plainte qu'il a reçue par courriel de la part de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial d'une personne résidente, plainte qui concernait la basse température ambiante dans la chambre à coucher de la personne résidente.

Sources : Registre des plaintes du foyer (complaint records); entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

On a constaté que la température ambiante dans la chambre à coucher et la salle de bain d'une personne résidente se situait en dessous de la température minimale requise. De plus, la coordonnatrice ou le coordonnateur des installations a reconnu que l'on avait omis de maintenir la température ambiante à la température minimale requise.

Sources : Démarches d'observation; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des installations.

AVIS ÉCRIT : Services de diététique

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 76 c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de diététique

Article 76 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'élément services de diététique du programme de soins alimentaires et de services de diététique comprenne ce qui suit :

c) le service de restauration et de collation.

On a omis de respecter les exigences concernant l'élément services de diététique du programme de soins alimentaires et de services de diététique pour les personnes résidentes, plus précisément en ce qui concerne le service de restauration.

Pendant le service d'un repas, on a vu un membre du personnel des services alimentaires omettre de consulter le rapport pour le service du repas (meal service report) alors qu'il servait les personnes résidentes. Par conséquent, certaines personnes n'ont pas reçu leur repas conformément à ce qui était indiqué dans le rapport en question.

Sources : Démarches d'observation; politique en matière de service des repas dans la salle à manger (Meal Service – Dining Room Service policy); entretiens avec le membre du personnel des services alimentaires et la directrice ou le directeur des services alimentaires.

Les repas doivent être servis à l'aide d'ustensiles de taille appropriée, afin de veiller à ce que les personnes résidentes aient un apport nutritionnel adéquat.

On a vu un membre du personnel des services alimentaires utiliser des ustensiles de taille inappropriée.

Sources : Démarches d'observation; politique concernant la taille des portions pour la préparation des aliments (Food Production – Portion Control Policy); entretien avec la directrice ou le directeur des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) – Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

c) des recettes standardisées et des feuilles de préparation pour tous les menus.

Le foyer a omis de veiller à ce que l'on utilise des recettes standardisées pour tous les menus.

En effet, la cuisinière ou le cuisinier et la directrice ou le directeur des services alimentaires ont confirmé que l'on ne suivait pas de recettes standardisées lors de la préparation des repas.

Sources : Démarches d'observation; classeur des recettes; entretiens avec la cuisinière ou le cuisinier et la directrice ou le directeur des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) – Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel.

Après que l'on eut apporté des changements au menu quotidien affiché, le foyer a omis de veiller à ce que l'on communique les substitutions de menu aux personnes résidentes.

En effet, lors de démarches d'observation du service d'un repas, on a constaté que l'on avait fait plusieurs substitutions de menu, mais que l'on avait omis de les communiquer aux personnes résidentes.

Sources : Démarches d'observation; menus quotidiens affichés.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) – Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

g) la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 78 (2).

On a omis de consigner les substitutions de menu sur la feuille de préparation.

Sources : Démarches d'observation; feuilles de préparation.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (4) – Le titulaire de permis tient et conserve pendant au moins un an un dossier de ce qui suit :

c) les substitutions de menu. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 78 (4).

On a omis de consigner dans un dossier les substitutions de menu au foyer, dossier qu'il aurait fallu, par la suite, conserver pendant au moins un an.

La directrice ou le directeur des services alimentaires a confirmé que le foyer avait omis de consigner dans un dossier les substitutions de menu, et qu'il n'y avait donc aucun document à cet égard aux fins d'examen.

Sources : Absence de dossier concernant les substitutions de menu; entretien avec la directrice ou le directeur des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a omis de respecter les pratiques de base pour l'hygiène des mains, plus précisément avant d'entrer en contact pour la première fois avec une personne résidente et son environnement.

En effet, on a vu la PSSP entrer dans la chambre à coucher de la personne résidente, à l'égard de laquelle on devait prendre des précautions supplémentaires, pour lui apporter un repas et l'aider à manger. Toutefois, la PSSP a omis de suivre le processus d'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre et avant d'aider la personne résidente à manger.

Sources : Démarches d'observation; Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée; politique à propos des précautions supplémentaires (Additional Precaution Policy); entretien avec la personne responsable de la PCI.

Une PSSP a omis de revêtir adéquatement l'équipement de protection individuelle (EPI) requis avant de venir en aide à la personne résidente concernée.

En effet, on a vu la PSSP mettre des gants avant de mettre une blouse, ce qui ne correspondait pas à l'ordre approprié pour revêtir l'EPI.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée; politique à propos des précautions supplémentaires (Additional Precaution Policy); entretien avec la personne responsable de la PCI.