

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1323-0004

Type d'inspection :

Plainte

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Kawartha Lakes, Lindsay

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 26 septembre, du 1^{er} au 3, et du 6 au 10 octobre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 29 septembre et le 14 octobre 2025.

Les inspections concernaient :

Un signalement lié à une plainte anonyme concernant une allégation de repas inadéquats pour les personnes résidentes.

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

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 16. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les droits des résidents à un hébergement, une alimentation, des soins et des services convenables et qui correspondent à leurs besoins soient pleinement respectés et promus.

Le directeur général ou la directrice générale (DG) a reçu un courriel d'un membre du personnel faisant état de multiples sujets de préoccupation de la part des personnes résidentes, des membres de leur famille et du personnel concernant le repas du soir précédent.

Le courriel décrivait qu'il n'y avait qu'une seule option de repas disponible et qu'il n'y avait pas assez d'aliments à texture modifiée. Il a également indiqué que les portions étaient insuffisantes. Plusieurs personnes résidentes auraient quitté la salle à manger en ayant encore faim.

Les membres des familles ont signalé que les personnes résidentes qui avaient besoin d'un régime alimentaire spécial n'en bénéficiaient pas et qu'on leur proposait des repas qui ne leur convenaient pas.

Une personne résidente est devenue émotive et a déclaré qu'elle était très mécontente de son repas de la journée et qu'elle s'était couchée en ayant encore faim.

Sources : correspondance électronique entre un membre du personnel et le ou la DG, photographie des repas servis, entretiens avec des membres de la famille et une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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

Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
- (ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident présumé, soupçonné ou observé de négligence envers une personne résidente de sa part ou de la part du personnel fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Le ou la DG a reçu un courriel d'un membre du personnel faisant état de multiples sujets de préoccupation de la part des personnes résidentes, des membres de leur famille et du personnel concernant le repas du soir précédent. Le courriel mentionnait que les portions des repas étaient insuffisantes et que plusieurs personnes résidentes auraient quitté la salle à manger en ayant encore faim.

Ces préoccupations, qui indiquaient que les besoins nutritionnels de base des personnes résidentes n'avaient peut-être pas été satisfaits, constituaient des soupçons de négligence à l'égard de plusieurs personnes résidentes.

Le ou la DG a confirmé que l'allégation de soupçons de négligence n'avait pas fait l'objet d'une enquête immédiate et a reconnu que les soupçons de négligence à l'égard des personnes résidentes auraient dû faire l'objet d'une enquête immédiate.

Sources : correspondance par courriels entre le personnel et le ou la DG, entretien avec le ou la DG.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport

au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'un incident présumé de négligence envers plusieurs personnes résidentes.

Le ou la DG a reçu un courriel d'un membre du personnel faisant état de multiples sujets de préoccupation de la part des personnes résidentes, des membres de leur famille et du personnel concernant le repas du soir précédent. Le courriel mentionnait que les portions des repas étaient insuffisantes et que plusieurs personnes résidentes auraient quitté la salle à manger en ayant encore faim.

Ces préoccupations, qui indiquaient que les besoins nutritionnels de base des personnes résidentes n'avaient peut-être pas été satisfaits, constituaient des soupçons de négligence à l'égard de plusieurs personnes résidentes.

Le ou la DG a confirmé que cette information n'avait pas été communiquée immédiatement au directeur ou à la directrice et a reconnu que la négligence présumée des personnes résidentes aurait dû être signalée immédiatement, comme l'exige la loi.

Sources : correspondance par courriels entre un membre du personnel et le ou la DG, entretien avec le ou la DG.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant

partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

1) Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les politiques du foyer relatives aux ordres écrits de régimes et de suppléments lorsque les diététistes professionnels ou diététistes professionnelles (Dt.P.) du foyer n'ont pas établi d'ordre écrit lors de la mise en place ou de l'arrêt de suppléments nutritionnels et de régimes.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec les membres du personnel, politiques du foyer.

2) Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la politique du foyer concernant les menus pour les situations d'urgence lorsque l'approvisionnement en nourriture était insuffisant pour préparer les plats prévus au menu.

À une date précise, le ou la DG a acheté des repas à emporter pour toutes les personnes résidentes, car le menu de secours proposé à la personne résidente était à la fois dangereux et insuffisant pour répondre aux besoins nutritionnels des personnes résidentes.

Sources : cycle de menus printemps/été du foyer, entretiens avec le personnel et les membres de la famille, politiques du foyer.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plats prévus au menu soient offerts et disponibles à chaque repas.

Le menu quotidien affiché proposait un repas chaud au dîner. Une photographie du repas du même jour montre que les personnes résidentes ont reçu un plat différent.

Le ou la gestionnaire des services alimentaires du district a indiqué que le repas servi ne correspondait pas exactement à ce qui était indiqué sur le menu du jour.

Sources : photographies du menu affiché et des repas, entretien avec le ou la gestionnaire des services alimentaires du district.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'un menu individualisé soit élaboré pour chaque résident lorsqu'il n'est pas possible de répondre à ses besoins dans le cadre du cycle de menus du foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un menu soit élaboré pour une personne résidente qui avait besoin d'un régime alimentaire individualisé pour gérer un état pathologique.

Le personnel utilisait une version du menu alimentaire habituel qui mettait en évidence des aliments adaptés au régime individualisé au point du service. Cependant, ce menu n'a pas été approuvé par les Dt.P. du foyer et n'a pas été revu par le mandataire spécial de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel et les membres de la famille, dossiers de plaintes du foyer, politiques du foyer.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect du : paragraphe 77 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (8) Le titulaire de permis veille à ce que des aliments et des boissons, y compris de l'eau, adaptés aux régimes des résidents soient accessibles par le personnel et disponibles pour les résidents 24 heures sur 24. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments et les boissons adaptés au régime des personnes résidentes soient accessibles au personnel et disponibles pour les personnes résidentes 24 heures sur 24.

Plusieurs membres du personnel ont signalé que pendant plus de deux mois, il n'y avait pas eu suffisamment d'aliments appropriés pour toutes les personnes résidentes, y compris celles ayant des besoins alimentaires particuliers, des régimes à texture modifiée et des suppléments nutritionnels.

À une date précise, un aliment en particulier n'était pas disponible pour les personnes résidentes. Lors d'une observation des aliments disponibles dans les zones de service, il a été constaté que la moitié des articles devant être disponibles 24 heures sur 24 étaient en rupture de stock.

Sources : observations, plainte anonyme, entretiens avec le personnel, politiques du foyer.

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) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

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

d) la préparation de tous les choix indiqués au menu conformément au menu planifié;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la préparation de tous les choix du menu soit conforme au menu planifié.

Le menu quotidien affiché, qui était un menu de secours, proposait un choix particulier de repas froid pour le souper. Le menu initialement planifié pour le même jour devait inclure un choix de souper chaud. Une photographie du repas du jour même montre que les personnes résidentes ont reçu des plats à emporter pour le souper, mais le menu n'a pas été mis à jour pour refléter cette réalité.

Le personnel de différents services a confirmé que les plats n'avaient pas été préparés conformément au menu planifié et que les plats du menu de secours n'avaient pas été servis en raison de préoccupations au sujet de la salubrité des aliments.

Sources : photographies du menu affiché et des repas servis, feuilles de préparation des repas en cuisine, entretiens avec le personnel.

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 (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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substitutions de menus soient communiquées aux personnes résidentes et au personnel.

Le menu quotidien affiché, qui était un menu de secours, proposait un choix particulier de repas froid pour le repas du soir. Le menu initialement planifié pour le même jour devait inclure un choix de souper chaud. Une photographie du repas du jour même montre que les personnes résidentes ont reçu des plats à emporter pour le souper, mais le menu n'a pas été mis à jour pour refléter cette réalité.

Un autre jour, les feuilles de préparation de la cuisine et le formulaire de substitution de menu pour le même jour indiquaient qu'une substitution de menu avait été effectuée, mais le menu n'avait pas été mis à jour pour refléter cette réalité.

Sources : photographies du menu affiché et des repas servis, formulaire de substitution de menu, rapport de préparation de la cuisine.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 010 – 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, par. 78 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substitutions de menus soient documentées sur la feuille de préparation.

Le menu quotidien affiché, qui était un menu de secours, proposait un choix de repas froid pour le souper. Une photographie du repas du même jour montre que les personnes résidentes ont reçu des plats à emporter pour le souper.

Les feuilles de préparation de la cuisine pour le même jour indiquaient que le menu initialement planifié pour le même jour était censé inclure un choix de plats chauds. Les feuilles de préparation de la cuisine n'ont pas été mises à jour pour refléter le changement de menu et n'incluaient pas les plats servis.

Sources : photographies du menu affiché et des repas servis, feuilles de préparation des repas en cuisine.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides

compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Le titulaire de permis n'a pas empêché l'adultération et la contamination des aliments pendant le service du repas de midi. Un membre du personnel a été vu en train de manipuler à mains nues la nourriture de plusieurs personnes résidentes. Il n'y avait pas de pinces disponibles au poste de service pour manipuler les aliments.

Le membre du personnel a déclaré que cette pratique était courante dans le foyer et qu'il n'était pas conscient qu'elle était inappropriée. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que le personnel ne devait pas être en contact direct avec la nourriture des personnes résidentes et qu'il devait utiliser des pinces ou d'autres ustensiles lorsqu'il participait au service des repas.

Sources : observation des dîners, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 012 – 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, par. 78 (4).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier des substitutions de menu soit tenu et conservé pendant au moins un an.

Le menu quotidien affiché, qui était un menu de secours, proposait une option de repas froid pour le souper. Le menu initialement planifié pour le même jour devait inclure un choix de repas chaud. Une photographie du repas du même jour montre que les personnes résidentes ont reçu des plats à emporter pour le souper.

Le personnel en diététique a indiqué que les fiches de substitution de menu

n'étaient pas disponibles pour que le personnel puisse les remplir et n'étaient donc pas documentées. Le ou la gestionnaire des services alimentaires du district a confirmé que les substitutions de menus n'étaient pas documentées depuis mai 2025.

Sources : photographies du menu affiché et des repas servis, feuilles de préparation des repas en cuisine, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (7) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (7) Le titulaire de permis veille à ce que soient mis en place au foyer les éléments suivants et à ce que son personnel s'y conforme :

c) un calendrier de nettoyage pour les aires réservées à la préparation alimentaire, à la dépense et au lavage de la vaisselle. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (7).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel du foyer respecte le calendrier de nettoyage de tous les équipements.

Les observations effectuées dans la cuisine principale ont révélé la présence de glace et de débris à l'intérieur du congélateur principal. L'observation des salles à manger dans les deux sections du foyer a montré que le réfrigérateur, sa poignée, les poignées des armoires, les comptoirs et le sol étaient sales, collants et présentaient des débris alimentaires visibles.

Un rapport d'inspection de conformité du bureau de santé du district de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge a également signalé des cas où certains équipements, notamment le robot culinaire, le mélangeur Nutribullet, le congélateur-chambre froide, le distributeur de jus, ainsi que les carreaux de plafond et les murs de la cuisine, n'étaient pas propres.

Les calendriers de nettoyage de la cuisine principale ont révélé plusieurs lacunes, plusieurs équipes n'ayant pas validé les tâches de nettoyage des équipements et des chambres froides et congélateurs.

Les entretiens avec le personnel au service d'alimentation ont révélé que celui-ci n'a souvent pas le temps, pendant ses quarts de travail, de nettoyer le matériel et les zones de service conformément au calendrier de nettoyage.

Sources : observations de la cuisine principale, Haliburton, Kawartha, rapport d'inspection de conformité du bureau de santé du district de Pine Ridge, entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1) Le directeur régional ou la directrice régionale des opérations ou son ou sa délégué(e) dispensera en personne une formation à l'équipe de direction, y compris à tous les chefs de service et au ou à la gestionnaire des services alimentaires, sur les politiques du foyer relatives au programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, ainsi qu'à la réponse immédiate et au signalement obligatoire des cas de mauvais traitements et de négligence. Conserver un dossier où figurent la date à laquelle la formation a été dispensée, le contenu de la formation et les signatures de l'équipe de direction et du directeur régional ou de la directrice régionale afin de confirmer que la formation a bien été dispensée.

2) Élaborer et mettre en œuvre une procédure écrite permettant d'identifier, de contrôler et de réduire les risques liés au fait que les personnes résidentes ne reçoivent pas de repas ou de collations conformes à leurs prescriptions alimentaires. Ce processus devrait également porter sur les pénuries potentielles ou les problèmes de personnel susceptibles d'entraîner une disponibilité insuffisante des aliments et de la préparation des repas.

3) Élaborer, mettre en œuvre et administrer une enquête de satisfaction auprès des personnes résidentes afin d'obtenir une rétroaction sur la qualité, le format des portions, le choix, la température et la satisfaction générale des repas et des collations servis dans le foyer. Veiller à ce que l'enquête soit accessible à toutes les personnes résidentes et permettre aux membres de la famille ou aux mandataires spéciaux de participer au nom des personnes résidentes qui ne sont pas en mesure de répondre de manière autonome. Analyser les résultats de l'enquête pour cerner les thèmes communs, les préoccupations et les domaines à améliorer. Établir et mettre en œuvre un plan d'action pour résoudre les problèmes relevés dans le cadre de l'enquête. Conserver une documentation sur les réponses à l'enquête, l'analyse et les mesures correctives prises.

Motifs

Une plainte anonyme a été déposée auprès du directeur ou de la directrice, indiquant que le service alimentaire du foyer ne fournissait pas suffisamment de nourriture pour répondre aux exigences législatives. Un courriel a été envoyé au ou à la DG et au ou à la DSI pour signaler que les personnes résidentes se voyaient servir un plat froid pour le souper, sans options ni purée. De nombreuses personnes résidentes ont fait part de leur désarroi et de leur faim.

Un autre jour, le ou la DG a acheté des repas à emporter pour toutes les personnes résidentes, car les plats proposés n'étaient pas sûrs et ne convenaient pas aux régimes à texture modifiée. Le mandataire spécial d'une personne résidente a indiqué qu'il n'est pas sûr que la personne résidente reçoit le régime alimentaire dont elle a besoin.

L'examen des dossiers a révélé que les substitutions de menus n'avaient pas été documentées pendant quatre mois, ce qui est nécessaire pour s'assurer que les substitutions offrent une valeur nutritionnelle similaire aux repas planifiés. Une

personne résidente a subi un événement indésirable pour sa santé en raison de mesures d'intervention alimentaires inappropriées.

Le cartable des plaintes du foyer indiquait que plusieurs plaintes ont été déposées concernant l'indisponibilité d'aliments pour le menu habituel, les régimes spécialisés et les collations. Les cuisiniers ou cuisinières ont indiqué qu'ils ne disposaient pas des aliments nécessaires pour préparer les plats du menu, ce qui a également été signalé à l'équipe de gestion.

L'observation des repas a révélé que les régimes à texture modifiée n'étaient pas préparés conformément aux directives du foyer et que les plats froids n'étaient pas servis à des températures sûres.

Les entretiens avec le personnel, les personnes résidentes et les membres des familles ont confirmé que le foyer manquait souvent des aliments nécessaires à la préparation des menus planifiés, y compris ceux destinés aux personnes résidentes ayant des besoins alimentaires particuliers et des compléments nutritionnels. Plus précisément, une personne résidente s'est dite bouleversée et est devenue émotive lorsqu'on lui a demandé ce qu'elle pensait du fait qu'on lui ait servi un plat froid sans entrée et sans autre choix.

À une autre occasion, un produit alimentaire en particulier n'était pas disponible dans le foyer et les services infirmiers ont dû contacter le ou la DSI pour l'acheter. En outre, lorsqu'un repas chaud figurait au menu, aucun plat en purée n'était préparé. Les cuisiniers ou cuisinières ont indiqué qu'ils ne disposaient pas des ingrédients nécessaires pour préparer les plats du menu, ce qui a également été signalé à l'équipe de direction.

Le ou la DSI et le ou la DG ont reconnu qu'il y avait négligence lorsque la nourriture n'était pas disponible pour les personnes résidentes.

Les problèmes de non-conformité suivants ont été relevés dans le rapport concernant les soins alimentaires précis des personnes résidentes :

– OC – alinéa 79 (1) (5) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments et les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

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 du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702.

- OC – alinéa 74 (2) (c) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre des mesures d'intervention visant à atténuer les risques nutritionnels pour les personnes résidentes qui avaient besoin de mesures d'intervention alimentaires spéciales.
- OC – alinéa 108 du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte écrite ou verbale déposée auprès de lui ou d'un membre du personnel concernant les soins nutritionnels d'une personne résidente ou le fonctionnement du foyer soit traitée conformément aux exigences de la loi.
- Avis écrit – alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'un incident présumé de négligence envers plusieurs personnes résidentes.
- Avis écrit – alinéa 3 (1) 16. de la LRSLD (2021) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les droits des personnes résidentes à un hébergement, une alimentation, des soins et des services adaptés à leurs besoins soient pleinement respectés et promus.
- Avis écrit – alinéa 74 (2) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22 Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les politiques du foyer concernant les ordonnances écrites pour les régimes alimentaires et les suppléments, ni la politique relative aux menus pour les situations d'urgence.
- Avis écrit – alinéa 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plats prévus au menu soient offerts et disponibles à chaque repas.
- Avis écrit – alinéa 77 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un menu personnalisé soit élaboré pour une personne résidente.
- Avis écrit – alinéa 77 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments et les boissons adaptés au régime des personnes résidentes soient accessibles au personnel et disponibles pour les personnes résidentes 24 heures sur 24.

Une série de manquements et d'omissions ont conduit à la négligence des personnes résidentes, qui n'ont pas reçu l'alimentation adéquate nécessaire pour assurer leur santé, leur sécurité et leur confort pendant une période de quatre mois au foyer. L'incapacité des gestionnaires à superviser et à garantir la mise en œuvre et le respect de leurs politiques, de leurs programmes et de la législation a constitué une négligence et a eu un impact sur la qualité de vie des personnes résidentes.

Sources : plainte anonyme, dossiers médicaux des personnes résidentes et entretiens avec le personnel, comme indiqué dans les conclusions distinctes du présent rapport.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1) Effectuer un examen complet du cycle des menus et des recettes standardisées du foyer afin de s'assurer que tous les aliments hachés, réduits en purée et épaissis répondent aux exigences énoncées dans les directives du foyer en matière de régimes thérapeutiques, de texture et de modifications des liquides. Tenir un registre de tous les aliments à texture modifiée qui ont été identifiés et qui ne répondent pas aux exigences de la politique du foyer en matière de texture

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 du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702.

alimentaire pendant quatre semaines. Indiquer le nom du plat ou de l'article de menu, le repas au cours duquel le plat devait être servi (par exemple, première semaine, jour précis de la semaine, dîner), la date à laquelle le problème a été identifié, la personne qui l'a identifié et les mesures correctives prises pour y remédier.

2) Le chef cuisinier ou la cheffe cuisinière du foyer dispensera une formation en personne aux cuisiniers ou cuisinières et au personnel en diététique sur la préparation et le service appropriés des textures en purée et hachées. Conserver un dossier des séances de formation, y compris la date, le contenu, le nom du formateur et les participants.

3) Mettre à jour les lignes directrices du foyer en matière de régime alimentaire thérapeutique et de modification des textures et des liquides afin d'y inclure la conservation, la préparation et le service sécuritaires des aliments sans gluten. Fournir une formation en personne à tous les cuisiniers ou cuisinières et au personnel en diététique, y compris à tout le personnel ayant reçu une formation polyvalente pour travailler en tant que personnel en diététique. Conserver un dossier des séances de formation, y compris la date, le contenu, le nom du formateur et les participants.

4) Un diététiste professionnel ou une diététiste professionnelle procède à une évaluation nutritionnelle des personnes résidentes afin de s'assurer que leurs menus spécialisés répondent à leurs besoins particuliers. Veiller à ce que les mandataires spéciaux des personnes résidentes participent à la révision du menu et à la mise en œuvre des mesures d'intervention.

5) Veiller à ce que les ordonnances écrites en matière d'alimentation et de suppléments respectent les directives du foyer concernant les régimes thérapeutiques, les modifications de texture et de liquide des aliments pour toutes les personnes résidentes, et qu'elles soient cohérentes entre les programmes de soins provisoires, les menus et les listes de régimes.

Motifs

1) Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre des mesures d'intervention visant à atténuer les risques pour une personne résidente qui avait besoin d'un

régime alimentaire spécial pour gérer un état pathologique, ce qui a entraîné un événement indésirable pour la santé.

Le mandataire spécial de la personne résidente ne savait pas qui était chargé de veiller à ce que le régime alimentaire approprié soit fourni. Les cuisiniers ou cuisinières et les aides en diététique n'ont pas été formés à la conservation, à la préparation et au service en toute sécurité d'un régime alimentaire spécialisé. Le fait de ne pas fournir à la personne résidente un régime alimentaire spécialisé a entraîné un événement indésirable et un risque nutritionnel accru.

Sources : observation des collations, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens avec le personnel et les membres de la famille, et politiques du foyer.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive la mesure d'intervention nutritionnelle requise pour son intolérance alimentaire.

À une date donnée, le ou la Dt.P a approuvé une mesure d'intervention nutritionnelle pour une personne résidente sans procéder à une évaluation nutritionnelle. Les dossiers cliniques montrent que la personne résidente a reçu une mesure d'intervention inappropriée pendant une période prolongée.

Sources : examen des dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel et les membres de la famille.

3) Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre des mesures d'intervention visant à atténuer les risques pour les personnes résidentes qui ont besoin d'un régime alimentaire à texture modifiée.

Lors de l'observation des repas, les produits en purée et hachés n'étaient pas homogènes et présentaient une séparation de l'eau. Les plats hachés semblaient secs et grumeleux, tandis que les purées paraissaient épaisses et en morceaux, ce qui ne convenait pas aux personnes résidentes suivant un régime à texture modifiée en raison des risques d'étouffement.

Les cuisiniers ou cuisinières ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur la préparation des régimes à texture modifiée.

Le fait de ne pas préparer et servir des régimes à texture modifiée en fonction des besoins des personnes résidentes a augmenté le risque d'étouffement et d'événements de santé indésirables.

Sources : observations des repas, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens avec le personnel, courriel du conseiller ou de la conseillère en diététique, politiques du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5. du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1) Le gestionnaire des services alimentaires du district ou sa personne désignée fournira une formation en personne à tous les cuisiniers ou cuisinières et au personnel en diététique, y compris à tout le personnel ayant reçu une formation polyvalente pour travailler en tant que personnel en diététique sur les points suivants :

a) La prise et l'enregistrement des températures à la fin de la cuisson et au point de service, y compris la date, le type de repas et les mesures correctives prises.

b) L'assemblage et l'entretien des plateaux conformément à la politique du foyer.

c) La tenue d'un dossier des séances de formation, comprenant la date, le contenu, le nom de la personne assurant la formation et les participants.

2) Le ou la gestionnaire en diététique ou sa personne désignée effectuera trois vérifications par semaine pendant quatre semaines dans les salles à manger du foyer :

a) Les températures sont mesurées à la fin de la cuisson et au point de service. Les vérifications doivent porter sur les différentes heures de service des repas et les différentes zones de la salle à manger, la personne qui effectue la vérification, les aliments servis, les températures manquantes enregistrées, les températures des aliments en dehors de la fourchette définie par les politiques du foyer en matière de conservation et de distribution des aliments et de températures des aliments au point de service, ainsi que sur les mesures correctives prises.

b) Chaque semaine, le ou la gestionnaire en diététique analyse les résultats de la vérification et propose au personnel des actions correctives supplémentaires en fonction des tendances observées. Un registre documenté des vérifications sera conservé et mis à disposition sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la nourriture et les liquides soient servis à une température à la fois sûre et appétissante pour la personne résidente.

Les observations faites pendant le service des repas ont révélé que les éléments de menu froid étaient conservés et servis à des températures supérieures à quatre degrés Celsius (4 °C). Aucune mesure corrective n'a été prise par le personnel en diététique. Le ou la gestionnaire des services alimentaires du district a signalé que la machine à glace était en panne depuis trois jours et a reconnu qu'il ou elle avait oublié d'acheter de la glace. Il a été confirmé que les éléments froids auraient dû être conservés à une température inférieure à 4 °C.

Lors du service de plateaux pour deux personnes résidentes, il a été observé que les éléments du menu n'étaient pas couverts. Un membre du personnel a noté que les boissons étaient généralement recouvertes d'une pellicule plastique, mais que cela n'avait pas été fait pendant ce service.

Le fait de ne pas servir les aliments aux personnes résidentes à des températures sûres augmentait le risque de maladies d'origine alimentaire et pouvait nuire à l'appétibilité des aliments pour les personnes résidentes.

Sources : observation du service du dîner, entretiens avec le personnel et politiques du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 004 Traitement des plaintes

Non-respect n° 017 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 108 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Article 108

(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*;

ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :

A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,

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 du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702.

- B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
- iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.
- (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :
- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
 - b) la date de réception de la plainte;
 - c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
 - d) le règlement définitif, le cas échéant;
 - e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur ou à l'autrice de la plainte et une description de la réponse;
 - f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.
- (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :
- a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;
 - b) les résultats de l'examen et de l'analyse sont pris en considération pour décider des améliorations devant être apportées au foyer;
 - c) chaque examen effectué et les améliorations apportées en conséquence sont consignés dans un dossier.
- (4) Les paragraphes (2) et (3) ne s'appliquent pas à l'égard des plaintes verbales que le titulaire de permis peut régler dans les 24 heures de leur réception.
- (5) Si un titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement une plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, il la transmet sous la forme et de la manière que le directeur estime acceptables :
- a) soit pendant les heures normales de bureau du ministère, au directeur ou à son délégué;
 - b) soit en dehors des heures normales de bureau, en ayant recours à la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence du ministère.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRS LD (2021)] :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- 1) Le directeur régional ou la directrice régionale ou sa personne désignée assure la formation de l'équipe de direction, y compris tous les chefs de service et le ou la

gestionnaire des services alimentaires du district, sur la procédure de traitement des plaintes au sein du foyer, sur les politiques du foyer en matière de plaintes et sur les exigences législatives. Conserver un dossier où figurent la date à laquelle la formation a été dispensée, le contenu de la formation et les signatures de l'équipe de direction et du directeur régional ou de la directrice régionale afin de confirmer que la formation a bien été dispensée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte écrite ou verbale déposée auprès de lui ou d'un membre du personnel concernant les soins d'une personne résidente ou le fonctionnement du foyer soit traitée conformément aux exigences de la loi.

Un courriel a été envoyé au ou à la DG pour lui faire part de plusieurs préoccupations concernant le souper de la veille. Le courriel décrit que plusieurs personnes résidentes, des membres du personnel et de la famille se sont plaints du format des portions du repas et que de nombreuses personnes résidentes ont quitté la salle à manger en ayant encore faim.

Le ou la DG a confirmé que la plainte écrite n'avait pas fait l'objet d'une enquête et n'avait pas été résolue dans un délai de 10 jours ouvrables. Le foyer n'a pas conservé de dossier documenté sur la plainte. La personne qui a porté plainte n'a pas reçu de réponse indiquant ce que le titulaire de permis avait fait pour résoudre la plainte ni le numéro de téléphone sans frais du ministère. La plainte n'a pas été analysée pour dégager des tendances.

L'incapacité de la direction à enquêter sur les plaintes, à les documenter et à y répondre a empêché de cerner et de traiter en temps opportun les problèmes affectant les soins et la satisfaction des personnes résidentes, et a entravé la capacité du foyer à déterminer des tendances ou des problèmes systémiques liés à la qualité du service alimentaire.

Sources : correspondance par courriel entre la personne qui a porté plainte et le ou la DG, entretien avec le ou la DG.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le

15 décembre 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

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 du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702.

le jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

a) un ordre donné par le directeur ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702.

Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.