

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 26 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1310-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Mackenzie Health

Foyer de soins de longue durée et ville : Mackenzie Health Long Term Care Facility, Richmond Hill

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 5, 6, 9 au 13, 17, 19, 20, 23, 25 et 26 février 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 18 et 24 février 2026

L'inspection concernait :

- Un signalement en lien avec la prévention et le contrôle des infections, ainsi que l'éclosion d'une maladie.
- Un signalement en lien avec des soins fournis de façon inappropriée ou incomplète à une personne résidente.
- Un signalement en lien avec une plainte concernant la mauvaise utilisation ou le détournement de fonds.
- Un signalement en lien avec une plainte concernant la protection des dénonciateurs.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Protection des dénonciateurs contre les représailles
Comportements réactifs

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le programme de soins d'une personne résidente ne fournissait pas de directives claires à l'égard des membres du personnel en ce qui concerne les préférences alimentaires de la personne. En effet, le programme de soins écrit de celle-ci prévoyait un régime alimentaire en particulier; toutefois, ce régime ne correspondait pas aux directives données à cet égard.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, on entend par « négligence » le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents ».

On a signalé qu'une personne résidente présentait un signe d'altération de l'intégrité épidermique. Toutefois, on a omis d'effectuer les évaluations nécessaires en temps opportun, ce qui a entraîné une détérioration de l'altération en question.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; politiques correspondantes du foyer; entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et la championne ou le champion des soins de la peau et des plaies.

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 : la disposition 28 (1) 1 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Au cours de cette inspection, on a examiné le registre des plaintes du foyer. On a constaté que l'on avait soumis, au foyer, deux plaintes verbales concernant des soins fournis de façon inappropriée à des personnes résidentes. Toutefois, le foyer a omis de

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

signaler ces plaintes à la directrice ou au directeur, alors que cela était pourtant requis.

Sources : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) du foyer.

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

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

Non-respect de : la disposition 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.

Au cours de cette inspection, on a examiné le registre des plaintes du foyer. On a constaté que l'on avait soumis, au foyer, deux plaintes verbales concernant de la négligence envers des personnes résidentes. Toutefois, le foyer a omis de signaler ces plaintes à la directrice ou au directeur, alors que cela était pourtant requis.

Sources : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la ou le DSI du foyer.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

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

Non-respect de : l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

Depuis son admission, une personne résidente adoptait des comportements réactifs qui entraînaient un risque de subir un préjudice pour les membres du personnel. Toutefois, le programme de soins de cette personne n'indiquait pas les comportements qu'elle adoptait ni les mesures d'intervention mises en place pour gérer ceux-ci. En effet, ce n'est que quelques mois plus tard que l'on a ajouté ces renseignements à son programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politiques correspondantes du foyer; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une PSSP et la travailleuse sociale ou le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : Services de buanderie

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

Non-respect de : l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) – Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents.

Un membre du personnel a indiqué qu'au cours de son quart de travail, il manquait de serviettes de bain, puisqu'il n'y en avait pas assez, et qu'il utilisait d'autres linges pour fournir des soins aux personnes résidentes.

Sources : Plainte; démarches d'observation; entretiens avec une PSSP et l'administratrice ou l'administrateur par intérim.

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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

Non-respect de : l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

Un membre du personnel a indiqué qu'il ne savait pas s'il y avait une marche à suivre ou un protocole en place pour le programme du système informatisé de gestion des services d'entretien du foyer (Computerized Maintenance Management System program). De plus, l'administratrice ou l'administrateur par intérim a déclaré que le foyer présentait des lacunes en ce qui concerne l'établissement de politiques, de marches à suivre et de protocoles liés aux services d'entretien pour ce système.

Sources : Entretiens avec une PSSP et l'administratrice ou l'administrateur par intérim.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 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.

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Au cours de cette inspection, on a examiné le registre des plaintes du foyer. À une date donnée, on a consigné une plainte verbale concernant l'exploitation du foyer. Toutefois, le foyer a omis de fournir une réponse à l'auteur de la plainte.

Sources : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la travailleuse sociale ou le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : la disposition 108 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 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 :

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.

Au cours de cette inspection, on a examiné le registre des plaintes du foyer. À une date donnée, on a consigné une plainte verbale concernant les soins fournis à une personne résidente. Toutefois, d'après les preuves supplémentaires fournies à l'inspectrice ou l'inspecteur et un entretien avec la travailleuse sociale ou le travailleur social du foyer, on a omis de résoudre le problème et de donner un accusé de réception et une réponse de suivi à l'auteur de la plainte.

Sources : Registre des plaintes du foyer; entretien avec la travailleuse sociale ou le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) – Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Un jour donné, on a omis de traiter correctement plusieurs ordonnances de médicaments pour une personne résidente, conformément à la marche à suivre pour le traitement des ordonnances (medication order procedure) du foyer.

Sources : Classeur des incidents liés à un médicament du foyer (medication incident binder); dossiers cliniques de la personne résidente; politiques correspondantes du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 139 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Au cours de l'inspection, on a constaté qu'un chariot à médicaments n'était pas verrouillé dans un secteur donné du foyer et qu'aucun membre du personnel infirmier ne se trouvait dans les environs.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a indiqué que le chariot à médicaments doit être verrouillé lorsqu'il n'est pas utilisé.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

AVIS ÉCRIT : Conservation de dossiers par le titulaire de permis

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 312 d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Conservation de dossiers par le titulaire de permis

Article 312 – Pour l'application de l'article 95 de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée tient les documents suivants à l'égard de chaque foyer qu'il exploite :

d) toute entente conclue entre le ministre et le titulaire de permis en vue du financement que prévoit l'article 93 de la Loi et toute entente de responsabilisation en matière de services qu'exige l'article 22 de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, ainsi que les dossiers et les rapports qu'exigent ces ententes et les dossiers utilisés pour les préparer.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on respecte les politiques écrites élaborées pour le foyer. Selon la politique du foyer concernant le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux pour les soins de longue durée (High Intensity Needs Fund Overview [LTC]), on doit remplir un document précis pour chaque personne résidente qui a besoin de l'aide de membres du personnel supplémentaires. En outre, on doit conserver ce document pendant sept ans.

Toutefois, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a indiqué que même si l'on remplissait le document chaque mois, on ne le conservait pas comme il se devait.

Sources : Classeur pour la prestation des soins spéciaux du foyer (High Intensity Needs binder); politique du foyer concernant le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux pour les soins de longue durée (High Intensity Needs Fund Overview [LTC]); entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Services d'hébergement

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Services d'hébergement

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

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. Offrir une formation à l'ensemble des PSSP et des membres du personnel autorisé chargés de laver et de désinfecter les harnais des personnes résidentes. Cette formation doit porter sur la marche à suivre adéquate pour laver et désinfecter les harnais.

a) Rédiger et tenir à jour une liste de tous les membres du personnel qui reçoivent cette formation. Consigner dans un dossier le nom et le titre de chaque participante ou participant, le contenu et la date de la formation, de même que le nom et le titre de la ou des personnes qui ont animé la formation.

2. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre visant à garantir que l'on désinfecte les laveuses et les sècheuses avant chaque utilisation.

3. À l'issue de la formation, effectuer une vérification une fois par semaine dans chaque aire du foyer où habitent des personnes résidentes, pendant quatre (4) semaines, afin de veiller à ce que l'on effectue un cycle d'assainissement sans linge dans la machine avant de lancer le cycle de lavage suivant.

a) Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque vérification, notamment la date et le nom de la personne responsable de la vérification.

Motifs

Selon la politique correspondante du foyer, lorsqu'une laveuse a été utilisée pour nettoyer des articles très sales (notamment du linge contaminé par des vomissures, des excréments ou de la diarrhée), la personne qui utilise la machine doit lancer un cycle d'assainissement avec un agent de blanchiment, sans linge dans la machine, avant de lancer le cycle de lavage suivant. En outre, on doit confirmer que le cycle d'assainissement a bel et bien été effectué avant de remettre la machine en service.

Toutefois, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers responsable

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

de la prévention et du contrôle des infections (PCI) n° 121 a indiqué qu'il n'y avait pas d'agent de blanchiment dans les buanderies des trois secteurs du foyer et qu'il n'y avait aucune marche à suivre pour confirmer que l'on avait bel et bien désinfecté la machine avant de la remettre en service.

Sources : Démarches d'observation; politiques concernant le nettoyage des harnais et des ceintures (Laundering of Slings and Belts policies); note de service concernant la PCI; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers responsable de la PCI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 mai 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Planification des menus

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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, paragraphe 390 (1).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on élabore et mette en œuvre des menus individualisés pour deux personnes résidentes données, en s'appuyant sur leurs besoins et leurs préférences. Consigner dans un dossier les renseignements concernant les menus individualisés des personnes résidentes et toute mise à jour de leurs programmes de soins.

2. Effectuer des évaluations nutritionnelles auprès des deux personnes résidentes données, afin de veiller à ce que leurs programmes de soins et leurs régimes alimentaires reflètent correctement leurs préférences.

3. Effectuer une analyse des ajouts au menu thérapeutique du foyer pour veiller à ce que les éléments prévus au menu reflètent les soins thérapeutiques offerts.

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

4. Offrir une formation à l'ensemble des aides en diététique et des membres du personnel responsables des soins directs (PSSP et membres du personnel autorisé) qui fournissent des soins aux deux personnes résidentes mentionnées aux points 1 et 2 du présent ordre de conformité (OC).

a) Rédiger et tenir à jour une liste de tous les membres du personnel qui reçoivent cette formation. Consigner dans un dossier le nom et le titre de chaque participante ou participant, le contenu et la date de la formation, de même que le nom et le titre de la ou des personnes qui ont animé la formation.

Motifs

Au cours de l'inspection, on a constaté que l'on avait omis d'élaborer des menus individualisés pour deux personnes résidentes qui avaient besoin d'un type de repas précis correspondant à leurs pratiques religieuses.

D'après les dossiers cliniques pertinents consultés, ainsi que les démarches d'observation et les entretiens effectués, une personne résidente a fait part de ses préférences à l'égard d'un type de repas précis qui correspondait à ses pratiques religieuses. Toutefois, on lui a dit qu'il n'était pas possible de le lui fournir. Ainsi, la personne résidente a accepté de recevoir d'autres choix prévus au menu du foyer, tandis que sa famille achetait les repas précis adaptés à ses pratiques religieuses auprès d'un fournisseur tiers. De plus, une deuxième personne résidente a fait part de ses préférences à l'égard d'un type de repas précis conforme à ses pratiques religieuses. Cependant, selon les directives données concernant son régime alimentaire, on devait lui fournir un type de régime différent en raison d'incohérences relevées dans ses dossiers cliniques.

La directrice ou le directeur des services alimentaires et la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel du foyer ont confirmé que lorsqu'une viande devant être préparée selon les normes religieuses requises n'était pas disponible pour certains plats principaux, on proposait des options végétariennes aux personnes résidentes qui préféraient cette viande. Toutefois, lors de l'examen du menu thérapeutique du foyer visant à offrir des repas adaptés aux pratiques religieuses en question, on a constaté que le repas principal contenait des options de viande qui ne correspondaient pas à ces pratiques. En outre, il n'y avait pas d'autres options de protéines de viande.

La directrice ou le directeur des services alimentaires et la diététiste professionnelle ou

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

le diététiste professionnel du foyer ont confirmé que le foyer avait omis d'élaborer et d'offrir des menus individualisés ou des options diététiques appropriées pour les personnes résidentes qui avaient besoin de repas précis correspondant à leurs pratiques religieuses.

Sources : Démarches d'observation; cycle de menus et menu thérapeutique du foyer; dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec les personnes résidentes et des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 29 mai 2026.

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) 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 licence 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 du

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 le

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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 n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant 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 et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé 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 en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur 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 suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur 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

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 ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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.