

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 : 21 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1164-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Chartwell Master Care LP, par son partenaire général, GP M Trust, par son fiduciaire unique, Chartwell Master Care Corporation

Foyer de soins de longue durée et ville : Chartwell Ballycliffe Long Term Care Residence, Ajax

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 9, 12 au 14, 16 et 19 au 21 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 15 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Deux signalements en lien avec des mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente
- Un signalement en lien avec un risque environnemental
- Deux signalements en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné des blessures
- Deux signalements en lien avec des plaintes concernant les soins fournis aux personnes résidentes
- Un signalement en lien avec des mauvais traitements de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente
- Un signalement en lien avec des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit d'une personne résidente
- Un signalement en lien avec des soins fournis de manière inappropriée à une personne résidente

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

Gestion des médicaments

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

Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

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 : la disposition 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.

La directrice ou le directeur a reçu une plainte en lien avec une aire du foyer réservée aux personnes résidentes.

Lors d'une démarche d'observation dans le salon de l'unité, on a vu plusieurs personnes résidentes serrées les unes contre les autres. Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a confirmé qu'il s'agissait du seul salon de l'unité et qu'en raison de la taille de celui-ci, il arrivait souvent que les autres personnes résidentes ne pouvaient pas l'utiliser.

Sources : Démarches d'observation; plans d'étage; entretien avec une ou un IAA

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

Paragraphe 6 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

L'examen des dossiers cliniques d'une personne résidente a révélé que celle-ci avait besoin d'être surveillée et qu'elle pouvait avoir besoin d'une aide significative pour prendre ses repas. Le programme de soins de la personne résidente ne reflétait pas l'évaluation de l'ampleur de l'aide dont elle avait besoin.

Sources : Politique de service des repas dans la salle à manger (Dining Room Meal Service Policy); démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec une ou un IAA.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 6 (9) 2 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

On a informé la directrice ou le directeur d'un incident mettant en cause deux personnes résidentes au cours duquel l'une d'elles a subi une blessure.

L'examen des dossiers cliniques des deux personnes résidentes a révélé qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) avait consigné des renseignements inexacts. En effet, elle avait omis d'indiquer l'information sur les comportements réactifs et la douleur.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; politique sur les communautés sans mauvais traitements : prévention, éducation et analyse (Abuse Free Communities – Prevention, Education and Analysis Policy); programme de soins aux personnes atteintes de démence (Dementia Care Program); politique en matière de comportements réactifs (Responsive Behaviours policy); rapport d'incident critique; démarches d'observation; entretiens avec une PSSP, une ou un IAA et la directrice

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

adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

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

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

Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (i) 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 :

(i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

On a soumis à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident survenu l'année précédente. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que l'enquête n'avait pas été menée immédiatement.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique sur les communautés sans mauvais traitements : prévention, éducation et analyse (Abuse Free Communities – Prevention, Education and Analysis Policy); programme de soins aux personnes atteintes de démence (Dementia Care Program); rapport d'incident critique; démarches d'observation; entretiens avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

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

Problème de conformité n° 005 – 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

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

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.

1. On a omis de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé qu'on n'avait pas eu recours à la ligne de signalement à utiliser en dehors des heures de bureau et que la ou le gestionnaire de garde qui avait été informé(e) de l'incident aurait dû signaler les allégations immédiatement.

Sources : Rapport d'incident critique; notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; enquête interne du foyer; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

2. On a omis de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur un incident de mauvais traitements mettant en cause deux personnes résidentes. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé qu'il aurait fallu faire part immédiatement de cet incident à la directrice ou au directeur.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; politique sur les communautés sans mauvais traitements : prévention, éducation et analyse (Abuse Free Communities – Prevention, Education and Analysis Policy); rapport d'incident critique; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers

AVIS ÉCRIT : Respect des politiques et dossiers

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

Non-respect de : l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Respect des politiques et dossiers

Paragraphe 11 (1) – Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

b) soient respectés.

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

L'IAA a omis de surveiller la glycémie d'une personne résidente alors que celle-ci était en proie à un épisode d'hyperglycémie, ce qu'exigeait pourtant la politique de surveillance de la glycémie (blood glucose monitoring policy) du foyer. La personne résidente a par la suite été hospitalisée.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; politique de surveillance de la glycémie (blood glucose monitoring policy) du foyer; entretiens avec l'IAA et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.
2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

On a omis de consigner l'information découlant de la surveillance de la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes et les aires communes sur deux étages, et ce, pour plusieurs dates pendant les périodes de perte de chaleur attribuable aux installations de chauffage, de ventilation et de climatisation. La directrice générale ou le directeur général du foyer a reconnu ce problème et a confirmé que l'omission de consigner l'information en question représentait un cas de non-conformité avec la politique du foyer à propos des risques liés à la chaleur et des précautions à prendre par temps froid (Heat Risk and Cold Weather Precautions policy).

Sources : Politique du foyer à propos des risques liés à la chaleur et des précautions à prendre par temps froid (Heat Risk and Cold Weather Precautions policy); registres de la température ambiante; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

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 : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

On a informé la directrice ou le directeur de la chute sans témoin faite par une personne résidente l'année précédente.

Selon ce qui était indiqué dans les dossiers cliniques de la personne résidente, après la chute de celle-ci, on a entrepris auprès d'elle une routine de suivi des blessures à la tête. Cependant, on a remarqué que les membres du personnel autorisé avaient omis d'évaluer la personne à plusieurs moments qui étaient pourtant prévus à l'horaire.

Sources : Rapport d'incident critique; programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program); dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect de : l'alinéa 56 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre.

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

On a omis d'élaborer et de mettre en œuvre un plan individuel de soins liés à l'incontinence pour une personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence (Continence and Bowel Management Program) du foyer; entretiens avec une ou un IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

Non-respect de : la disposition 57 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.

Lors de l'examen des dossiers cliniques d'une personne résidente, on a constaté que celle-ci devait recevoir des soins qui concernaient notamment la gestion de la douleur, au besoin. Pendant nombre de jours, la personne résidente a reçu un analgésique en particulier, en fonction de ses besoins. Cependant, ce n'est que plusieurs jours plus tard que l'on a apporté un changement quant à l'horaire des médicaments devant être administrés.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu que les membres du personnel autorisé auraient dû informer le médecin de la situation pour qu'il procède plus tôt à un examen de l'horaire des médicaments devant être administrés.

Sources : Rapport d'incident critique; politique en matière d'administration des médicaments (Medication Administration policy); entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

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

Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Un incident mettant en cause deux personnes résidentes s'est produit et l'une d'entre elles a subi une blessure et a ressenti de la douleur.

Lors de l'examen des dossiers cliniques de la personne résidente, on a constaté qu'on lui administrait un médicament selon les besoins. Puis, en examen de plus près la documentation pertinente, on a vu que le médicament initial s'était révélé inefficace, mais que les membres du personnel autorisé n'avaient pris aucune autre mesure pour soulager la douleur persistante de la personne résidente.

Sources : Politique d'administration des médicaments (Medication Administration policy); politique sur les communautés sans mauvais traitements : prévention, éducation et analyse (Abuse Free Communities – Prevention, Education and Analysis Policy); dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'incident critique; entretiens avec une PSSP, une ou un IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

La personne résidente avait besoin d'une aide complète de la part d'un membre du

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

personnel pour prendre ses repas. Cependant, lors d'une démarche d'observation, on a vu que la personne résidente s'était fait servir son repas sans qu'un membre du personnel ne soit présent pour l'aider.

Sources : Politique de service des repas dans la salle à manger (Dining Room Meal Service Policy); démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec l'IAA.

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