

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1086-0001

Type d'inspection :
Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Chartwell Master Care LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Chartwell Gibson Long Term Care
Residence, North York

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 9, 12 au 14, 16, 19 et 20 janvier 2026

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

L'inspection concernait :

– Signalement : n° 00166596 – Inspection proactive de conformité

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
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Conseils des résidents et des familles
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Amélioration de la qualité
- Droits et choix des résidents
- Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

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

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci avait besoin d'une aide complète pour réaliser ses activités de soins personnels. Toutefois, la personne résidente et des membres du personnel ont indiqué que cette dernière avait besoin d'un différent type d'aide. On a donc omis de réexaminer et de réviser le programme de soins de la personne résidente lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué.

Durant l'inspection, on a révisé le programme de soins en question en y indiquant le niveau d'aide dont la personne résidente a maintenant besoin pour réaliser ses activités de soins personnels.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec une personne résidente, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA).

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

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

Non-respect de : l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Lors d'une première visite du foyer, on pouvait ouvrir les fenêtres de deux chambres à coucher de personnes résidentes de plus de 15 centimètres.

Sources : Démarches d'observation; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect de : la disposition 24 (2) 3 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 :

3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Pendant plusieurs jours d'une période donnée, on a omis de mesurer et de consigner la température ambiante dans une aire commune pour les personnes résidentes de chaque étage du foyer, et ce, au moins une fois le matin, une fois l'après-midi et une fois le soir.

Sources : Registres de la température ambiante du foyer (air temperature records); entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (5) – Le titulaire de permis tient, pendant au moins un an, un dossier où sont consignées les températures mesurées en application des paragraphes (2), (3) et (4).

Aucune température ambiante mesurée dans différentes aires du foyer n'a été consignée dans les registres de la température ambiante pendant une certaine période.

Sources : Registres de la température ambiante du foyer (air temperature records); entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

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

Préparation alimentaire

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

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

On a omis de préparer l'un des aliments servis aux personnes résidentes conformément à la recette standardisée. En effet, une cuisinière ou un cuisinier a confirmé que la recette standardisée pour cet aliment ne lui avait pas été fournie.

Sources : Démarches d'observation du service de restauration; recettes standardisées; entretien avec une cuisinière ou un cuisinier et la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) 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.

On a omis de faire part d'une substitution de menu aux personnes résidentes et aux membres du personnel qui leur servaient le repas.

Sources : Démarches d'observation du service de restauration; menu hebdomadaire et menu quotidien; entretien avec la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect de : l'alinéa 78 (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, paragraphe 78 (3).

Un membre du personnel des services alimentaires a omis de consigner avec précision la température des aliments chauds mesurée à l'aide du thermomètre et a omis de prendre des mesures correctives lorsque la température des aliments chauds ne se situait pas dans une fourchette de température sûre.

Sources : Démarches d'observation du service de restauration; examen du registre de la température des aliments (food temperature log) de la dépense du deuxième étage; politique n° LTC-ON-300-04-08 sur la température des aliments (Food Temperature); entretien avec la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : la disposition 79 (1) 1 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 :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Les menus hebdomadaires et quotidiens des collations n'étaient pas affichés dans l'une des aires du foyer et dans l'une des salles à manger où les personnes résidentes prenaient leurs repas.

Sources : Démarches d'observation du service de restauration; entretien avec la personne responsable des services de diététique.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Dans le contexte de l'exigence supplémentaire figurant à l'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), on doit prendre des précautions supplémentaires dans le cadre du programme de PCI. Plus précisément, à l'alinéa 9.1 f), on demande d'utiliser adéquatement l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination de cet équipement. Toutefois, on a vu une ou un IA fournir des soins à une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions quant aux contacts, et ce, sans porter l'EPI requis.

Sources : Démarches d'observation; la Norme (révisée en septembre 2023); entretiens avec une ou un IA et la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (8).

On a vu une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) quitter la chambre à coucher d'une personne résidente et omettre de se laver les mains, et ce, après qu'elle ou il eut été en contact avec la personne résidente et qu'elle ou il eut enlevé un gant.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec une ou un IAA et la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

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

Non-respect de : la disposition 148 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) – La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce que l'on respecte les politiques élaborées pour la destruction et l'élimination des stupéfiants et des substances désignées (Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications). En outre, selon la politique correspondante du foyer, tout stupéfiant ou toute substance désignée devant être détruit(e) et éliminé(e)

doit être entreposé(e) en toute sécurité dans une boîte verrouillée à double tour unidirectionnelle se trouvant dans la salle d'entreposage des médicaments ou dans un autre endroit sécurisé au foyer. Plus précisément, les membres du personnel infirmier autorisé doivent dénaturer les doses inutilisées de tout stupéfiant ou toute substance désignée avant de les placer dans le contenant pour l'élimination des médicaments qui ne sont pas des stupéfiants.

On a vu une ou un IAA jeter la substance désignée refusée par une personne résidente dans une poubelle utilisée pour l'élimination des médicaments qui ne sont pas des stupéfiants. Toutefois, elle ou il avait omis de dénaturer la substance désignée en question avant de l'éliminer.

Sources : Démarches d'observation; politique sur la destruction et l'élimination des stupéfiants et des substances désignées du foyer (Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications policy); entretiens avec une ou un IAA et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.