

Rapport public

Date d'émission du rapport : 29 mai 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1116-0004**Type d'inspection :**

Suivi

Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Glen Hill Strathaven, Bowmanville

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 27 au 29 mai 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00141110 – suivi n° : 1 – Régl. de l'Ont. 246/22-s. 102 (2) (b) CDD 9 mai 2025
- Dossier : n° 00148012 – Rapport d'incident critique n° 2605-000011-25 – Allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1116-0001 lié à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont., 246/22.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

À la suite d'un incident critique, une personne résidente a tenté de blesser une autre personne résidente, ce qui a amené cette dernière à craindre pour sa sécurité. Le foyer a immédiatement transféré une personne résidente à un autre étage, où elle se trouve toujours à la date du présent rapport. Une personne résidente a des antécédents de mauvais traitements envers les membres du personnel et les personnes résidentes, comme l'a confirmé les membres du personnel.

Sources : incident critique, notes d'évolution et programmes de soins provisoires des deux personnes résidentes, et entretiens avec les membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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.

À la suite d'un incident critique, une personne résidente a tenté de blesser une autre personne résidente. Au cours de l'inspection, plusieurs incidents de mauvais traitements documentés à l'encontre de personnes résidentes n'ont pas été immédiatement signalés au directeur ou à 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : incident critique, notes d'évolution d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.