

## Rapport public

**Date d'émission du rapport** : le 12 janvier 2026**Numéro d'inspection** : 2026-1116-0001**Type d'inspection** :  
Incident critique**Titulaire de permis** : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville** : Glen Hill Strathaven, Bowmanville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9 et le 12 janvier 2026.

L'inspection concernait :

- Un signalement concernant une chute qui a entraîné un changement important de l'état de santé d'une personne résidente.
- Un signalement concernant une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Le **protocole d'inspection** suivant a été utilisé pendant l'inspection :

- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

**Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au

minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

La personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin. Son appareil d'aide n'était pas à portée de main au moment de la chute. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a confirmé que l'appareil d'aide de la personne résidente devait rester à portée de main dans le cadre des mesures de prévention des chutes.

**Sources** : dossiers cliniques et entretien avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Un incident critique lié à une altercation entre personnes résidentes a été signalé au directeur ou à la directrice. Un examen de la documentation des personnes résidentes a révélé qu'une évaluation était incomplète. Un entretien avec les membres du personnel a permis de confirmer que l'évaluation devait être réalisée.

**Sources** : dossiers cliniques et entretien avec les membres du personnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702