

Rapport public

Date d'émission du rapport : 24 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1629-0004

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Hill Terrace, Whitby

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 19 et du 22 au 24 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Chute sans témoin d'une personne résidente entraînant son transfert à l'hôpital.
- Blessure de cause inconnue sur une personne résidente avec blessure à l'épaule gauche.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (4) S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite

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

son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5).

Paragraphe 115 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22.

En août 2025, une personne résidente a fait deux chutes sans témoin dans le foyer et a ensuite été transférée à l'hôpital. Bien que le titulaire de permis ait respecté l'obligation de contacter l'hôpital dans les trois jours civils, la blessure est restée indéterminée. Conformément au règlement, le titulaire de permis est toujours tenu d'informer le directeur ou la directrice au plus tard trois jours ouvrables après l'incident. Dans ce cas, aucun rapport n'a été présenté, jusqu'à sept jours plus tard.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique : 3053-000014-25, entretien avec le directeur ou la directrice de la qualité et de l'innovation.

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