

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 27 octobre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1629-0005

**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 : 21, 22, 23, 24 et 27 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Dossier d'incident critique n° 3053-000017-25 – Dossier en lien avec une chute sans témoin ayant entraîné des fractures faite par une personne résidente

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

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

**Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 22 de la LRSLD**

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 :

22. Le résident a le droit de désigner une personne à renseigner et à prévenir

**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

immédiatement s'il est transféré ou hospitalisé.

Le titulaire de permis a omis de fournir à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial d'une personne résidente des renseignements concernant le transfert de cette personne à l'hôpital en vue d'une évaluation après une chute. La personne résidente est retournée au foyer après l'évaluation. Néanmoins, on avait omis d'informer immédiatement sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial qu'elle avait été envoyée à l'hôpital pour y être évaluée.

**Sources** : Incident critique n° 3053-000017-25; dossiers cliniques d'une personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent. En effet, les membres du personnel ont omis de faire les démarches requises pour accéder à un résumé de mise en congé et à des instructions de suivi lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital; de même, on a omis d'obtenir les ordres formulés quant aux soins de suivi appropriés en vue de gérer les résultats découlant de la radiographie qui avait été faite.

**Sources** : Rapport d'incident critique n° 3053-000017-25; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

**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

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD**

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.

Le titulaire de permis a omis de protéger une personne résidente contre la négligence. En effet, le jour où elle a fait une chute, on a omis de donner à la personne un analgésique pour soulager sa douleur après qu'elle eut fait l'objet de trois évaluations indiquant des taux de douleur élevés. De même, lorsque la personne résidente a fait une chute ayant entraîné une blessure, ce n'est que six jours plus tard qu'on a vu à ce qu'elle fasse l'objet d'une évaluation en personne de la part du médecin ou encore de la ou du physiothérapeute.

**Sources** : Rapport d'incident critique n° 3053-000017-25; dossiers cliniques de la personne résidente; examen de la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes; entretiens avec la ou le DSI et la directrice ou le directeur de l'amélioration de la qualité.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis a omis de respecter le protocole du foyer en matière d'évaluation

**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

et de gestion de la douleur et des symptômes. En effet, lorsqu'on a modifié l'analgésique administré à une personne résidente, on a omis de surveiller les symptômes de celle-ci toutes les heures pendant une période de 24 heures.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques élaborées pour le protocole en matière d'évaluation et de gestion de la douleur et des symptômes.

Plus précisément, selon la politique du foyer en matière de gestion de la douleur, il faut employer l'outil de surveillance de la douleur et des symptômes pendant 24 heures lorsqu'on modifie un analgésique administré.

**Sources** : Rapport d'incident critique n° 3053-000017-25; dossiers cliniques de la personne résidente; protocole du foyer en matière d'évaluation et de gestion de la douleur et des symptômes (politique n° VII-G-70.00, révisée en avril 2021); entretien avec la ou le DSI.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on interrompe l'administration d'un médicament lorsqu'il a été ordonné de le faire. En effet, on a continué de donner à une personne résidente un médicament qu'il fallait pourtant interrompre, ce qui a porté le taux de médication de la personne au-delà de la limite spécifiée de 3 grammes par période de 24 heures.

**Sources** : Rapport d'incident critique n° 3053-000017-25; examen des dossiers

cliniques de la personne résidente; entretiens avec la ou le DSI.