Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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 d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 mars 2026

Numéro d'inspection : 2026-1571-0001

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : La Corporation du comté de Prince Edward

Foyer de soins de longue durée et ville : H.J. McFarland Memorial Home, Picton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 23 au 27 février 2026, ainsi que 2 au 4 mars 2026

L'inspection concernait :
- Signalement : nº 00166600 – M556-000061-25 – Signalement en lien avec des allégations de traitements fournis de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente.
- Signalement : nº 00166785 – M556-000001-26 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : nº 00167145 – M556-000004-26 – Signalement en lien avec une éclosion de COVID-19.
- Signalement : nº 00170096 – M556-000006-26 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Signalement : nº 00171557 – M556-000009-26 – Signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

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

Prévention et contrôle des infections
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité nº 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)
Programme de soins
Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

On a omis de fournir à une personne résidente les soins prévus dans son programme de soins, conformément au programme.

En effet, selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci devait utiliser un appareil en particulier lorsqu'elle était assise dans son fauteuil roulant, afin de prévenir les chutes. Toutefois, à une date donnée en février 2026, on a vu la personne résidente dans son fauteuil roulant, alors que l'appareil en question n'était pas en place.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel; démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22
Programmes obligatoires
Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :
4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, article 10.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel respectent

sa politique de gestion de la douleur (Pain Management policy) auprès d'une personne résidente.

Plus précisément, selon la politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis, les membres du personnel devaient effectuer une évaluation de la douleur précise lorsqu'ils constataient un changement important dans l'état de santé d'une personne résidente, lorsque le comportement d'une personne résidente pouvait être un signe de l'apparition d'une douleur ou lorsqu'ils constataient un nouveau signe de douleur ou un signe donnant à penser qu'il y avait aggravation d'une douleur persistante.

À une date donnée en décembre 2025, un incident mettant en cause une personne résidente s'est produit. Durant cet incident, la personne résidente a été exposée à un risque de blessure. Plus tard, à une autre date donnée en décembre 2025, la personne résidente a présenté des signes de douleur. Toutefois, on a omis d'effectuer l'évaluation susmentionnée auprès de la personne à ce moment-là.

Un membre du personnel a confirmé que l'on aurait dû effectuer l'évaluation en question auprès de la personne résidente lorsqu'elle a commencé à présenter des signes de douleur.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis; entretien avec un membre du personnel.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel respectent sa politique de gestion de la douleur (Pain Management policy) auprès d'une personne résidente.

Plus précisément, selon la politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis, les membres du personnel devaient effectuer une évaluation de la douleur précise lorsqu'ils constataient un changement important dans l'état de santé d'une personne résidente, lorsque le comportement d'une personne résidente pouvait être un signe de l'apparition d'une douleur ou lorsqu'ils constataient un nouveau signe de douleur ou un signe donnant à penser qu'il y avait aggravation d'une douleur persistante.

À une date donnée en février 2026, une personne résidente a fait une chute, après laquelle on a décelé une nouvelle douleur. Toutefois, on a omis d'effectuer l'évaluation susmentionnée à ce moment-là. En effet, on a effectué l'évaluation requise à une date ultérieure en février 2026.

Un membre du personnel a confirmé que l'on aurait dû effectuer l'évaluation en question auprès de la personne résidente lorsque l'on a décelé la nouvelle douleur.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis; entretien avec un membre du personnel.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel respectent sa politique de gestion de la douleur (Pain Management policy) auprès d'une personne résidente.

Plus précisément, selon la politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis, les membres du personnel devaient effectuer une évaluation de la douleur précise lorsqu'ils constataient un changement important dans l'état de santé d'une personne résidente, lorsque le comportement d'une personne résidente pouvait être un signe de l'apparition d'une douleur ou lorsqu'ils constataient un nouveau signe de douleur ou un signe donnant à penser qu'il y avait aggravation d'une douleur persistante.

À une date donnée en février 2026, une personne résidente a fait une chute, après laquelle on a décelé une nouvelle douleur, qui s'aggravait. Toutefois, on a omis d'effectuer l'évaluation susmentionnée à ce moment-là. En effet, on a effectué l'évaluation requise à une date ultérieure en février 2026.

Un membre du personnel a confirmé que l'on aurait dû effectuer l'évaluation en question auprès de la personne résidente lorsque l'on a constaté qu'elle ressentait une nouvelle douleur et que cette dernière s'aggravait.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; politique pour la gestion de la douleur et des symptômes (Pain & Symptom Management) du titulaire de permis; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 003 – 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 résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, 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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel respectent sa politique concernant la routine de suivi des blessures à la tête (Head Injury Routine Policy) auprès d'une personne résidente.

Plus précisément, selon la politique concernant la routine de suivi des blessures à la tête (Head Injury Routine) du titulaire de permis, les membres du personnel devaient entreprendre la routine selon le calendrier prévu.

À une date donnée en janvier 2026, une personne résidente a fait une chute, après laquelle on a entrepris la routine de suivi des blessures à la tête. On a envoyé la personne résidente à l'hôpital. À son retour au foyer de soins de longue durée, on devait effectuer la routine de suivi des blessures à la tête auprès d'elle toutes les quatre heures. Toutefois, on a omis de le faire à deux reprises, alors que cela était pourtant prévu dans la politique correspondante.

Un membre du personnel a confirmé qu'il n'était pas en mesure de trouver, dans les dossiers, des renseignements qui permettraient d'attester que l'on a bel et bien entrepris la routine de suivi des blessures à la tête ces deux fois-là.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; politique concernant la routine de suivi des blessures à la tête (Head Injury Routine Policy) du titulaire de permis; entretien avec un membre du personnel.