

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-Ouest

609 rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : 888 432-7901

Rapport public**Date d'émission du rapport :** Le 5 décembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1624-0005**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Corporation of the County of Wellington**Foyer de soins de longue durée et ville :** Wellington Terrace Long-Term Care Home, Fergus**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 5 décembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le signalement : n° 00161929 lié à une allégation de négligence envers une personne résidente.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION**AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

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-Ouest

609 rue Kumpf, bureau 105

Waterloo (Ontario) N2V 1K8

Téléphone : 888 432-7901

LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Une personne résidente n'a pas été surveillée en ce qui concerne la réaction et l'efficacité des médicaments contre la douleur après qu'ils aient été administrés à plusieurs reprises.

Sources : rapport d'incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.