

Rapport public

Date d'émission du rapport : 20 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2025-1148-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Sherwood Park Manor

Foyer de soins de longue durée et ville : Sherwood Park Manor, Brockville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15, 17, 18, 22 et 23 décembre 2025 et 8, 12, 13, 14, 16, 19 et 20 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalements : n° 00162673 – Rapport d'incident critique (IC) n° 2640-000043-25; n° 00162699 – Rapport d'IC n° 2640-000044-25; n° 00163670 – Rapport d'IC n° 2640-000046-25; n° 00163956 – Rapport d'IC n° 2640-000047-25 – Signalements en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure et son transfert à l'hôpital.
- Signalement : n° 00166055 – Rapport d'IC n° 2640-000051-25 – Signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident.

A. Le programme de soins écrit d'une personne résidente n'établissait pas les soins prévus pour cette personne en ce qui concerne la toilette. En effet, selon le programme de soins, la personne résidente devait utiliser un bassin de lit. Toutefois, ce sont les membres du personnel qui s'occupaient des soins de cette personne liés à la toilette.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec la personne responsable des services de réadaptation et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

B. Le programme de soins écrit d'une personne résidente n'établissait pas les soins prévus pour cette personne. En effet, il n'indiquait pas que l'on devait transférer cette personne de son fauteuil de transport à son lit ou à sa chaise longue après les repas, alors qu'il s'agissait pourtant d'une mesure de prévention des chutes.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; entretiens avec la personne responsable des services de réadaptation et une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) – Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Durant plusieurs jours et quarts de travail en novembre 2025, on a omis de consigner, dans les dossiers du système de points de service, la prestation des soins prévus dans

le programme de soins d'une personne résidente en ce qui concerne la toilette et l'incontinence.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 34 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

On a omis d'évaluer et de mettre à jour, au moins une fois par an, la politique du foyer en matière de levage et de transfert pour les soins infirmiers (Lifting/Transferring Nursing Policy). En effet, on a révisé celle-ci pour la dernière fois en avril 2021.

Sources : Politique n° R-655 en matière de levage et de transfert pour les soins infirmiers (Lifting/Transferring Nursing Policy); entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

À une date donnée en janvier 2026, on a vu une personne résidente être transférée à l'aide d'un lève-personne mécanique, alors qu'une seule PSSP était présente. Toutefois, conformément à la politique du foyer en matière de levage et de transfert pour les soins infirmiers (Lifting/Transferring Nursing Policy), deux membres du personnel doivent être présents lors de l'utilisation d'un lève-personne mécanique pour transférer une personne résidente.

Sources : Démarches d'observation auprès d'une personne résidente; politique n° R-655 en matière de levage et de transfert pour les soins infirmiers (Lifting/Transferring Nursing Policy); entretiens avec une PSSP et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, article 11.

Une personne résidente a fait deux chutes en décembre 2025. Toutefois, après ces chutes, on a omis d'effectuer des évaluations postérieures à la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Sources : Examen des évaluations d'une personne résidente dans PointClickCare; entretiens avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

Une personne résidente a fait une chute à une date donnée en novembre 2025. Toutefois, après cette chute, on a omis d'effectuer une évaluation postérieure à la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément

pour les chutes.

Sources : Examen des évaluations d'une personne résidente dans PointClickCare; entretiens avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Une personne résidente est décédée un jour donné en décembre 2025. Le foyer a jugé ce décès inattendu. Toutefois, on a omis de le signaler immédiatement à la directrice ou au directeur. En effet, ce n'est que plusieurs jours plus tard que l'on a signalé le décès inattendu à la directrice ou au directeur.

Sources : Examen du rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) et des notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

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).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

A) Offrir une formation d'appoint aux deux PSSP concernées sur les mesures d'intervention prévues pour réduire le risque de chute d'une personne résidente et sur l'importance de signaler tout changement dans l'état d'une personne résidente aux membres du personnel infirmier autorisé.

B) Offrir une formation d'appoint à tous les membres du personnel infirmier, y compris les deux PSSP, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et l'IA concerné(e)s. Cette formation doit aborder les exigences du programme de prévention des chutes du foyer (Falls Prevention Program), notamment la définition d'une chute.

C) Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte suivant les points A) et B) du présent ordre de conformité, notamment le contenu, les dates auxquelles elle a été offerte, le nom des participantes et participants, de même que leur signature, et le nom de l'animatrice ou l'animateur ou des animatrices ou animateurs. Conserver ce dossier jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée établisse que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

Motifs

Un jour de novembre 2025, une personne résidente a fait une chute sans témoin et quatre membres du personnel ont omis de respecter le programme de prévention des chutes du foyer (Falls Prevention Program). En effet, dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le foyer doit disposer d'un programme de prévention et de gestion des chutes, et il faut veiller au respect de ce programme.

Selon le programme de prévention des chutes du foyer (Falls Prevention Program), une chute, avec ou sans témoin, est un changement involontaire de position qui prend fin sur le sol ou sur la surface immédiatement en dessous de l'emplacement initial, mais qui n'est pas le résultat d'une force extérieure supérieure. Selon la politique correspondante, après la chute d'une personne résidente, on doit évaluer l'état de celle-ci afin d'établir la nature de la chute et ses conséquences, la cause de la chute et

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

les besoins quant à la gestion des soins après la chute. De plus, la personne qui est témoin de la chute ou qui trouve la personne résidente après la chute ne doit pas la déplacer avant qu'un membre du personnel infirmier autorisé effectue une évaluation complète de la tête aux pieds auprès de cette personne et avant d'avoir fait part de l'incident à l'AI responsable. Les membres du personnel infirmier autorisé doivent procéder à une évaluation de la tête aux pieds après la chute d'une personne résidente, lui administrer immédiatement les premiers soins, au besoin, et, s'ils soupçonnent ou constatent qu'elle a subi une blessure, communiquer avec le 9-1-1 pour prévoir son transfert à l'hôpital. S'il n'y a aucune preuve de blessure, il faut déplacer la personne résidente en respectant les marches à suivre appropriées pour le levage (lever la personne résidente à deux, si celle-ci est capable de porter son poids – sinon, utiliser un lève-personne mécanique sous la surveillance de deux personnes). Il faut observer la personne résidente pour voir si elle ressent de la douleur ou si elle a de la difficulté à porter son poids, puis informer le médecin traitant, ainsi que la personne titulaire d'une procuration à l'endroit de la personne résidente/sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial à propos de la chute, des mesures d'intervention mises en œuvre et de l'état de la personne résidente. S'il s'agit d'une chute sans témoin, les membres du personnel autorisé doivent vérifier les signes vitaux et les signes vitaux neurologiques de la personne concernée, remplir un rapport d'incident dans le cadre de la gestion des risques (Risk Management), surveiller la personne résidente en effectuant des contrôles de sécurité fréquents, mettre en œuvre des mesures d'intervention pour éviter que la situation ne se reproduise, surveiller tout changement dans l'état de santé de la personne résidente, de même que lui apporter du réconfort. En outre, il faut établir s'il convient de mettre en œuvre des restrictions liées à la mobilité et cerner les circonstances qui ont mené à la chute (cause de la chute), puis rencontrer l'équipe interdisciplinaire afin de prévenir toute autre chute, de réviser l'outil pour l'évaluation et la gestion des risques de chute (Fall Risk Screening, Assessment and Management Tool), au besoin, de revoir les mesures d'intervention pour la prévention des chutes et de modifier le programme de soins, le tout en collaboration avec cette équipe. Il faut informer toutes les équipes des différents quarts de travail que la personne résidente a fait une chute et faire part des précisions concernant les mesures d'intervention mises en œuvre, en insistant sur les détails de la chute, les mesures d'intervention et les résultats, et en soulignant la nécessité d'effectuer un suivi continu lors des quarts de travail suivants en communiquant les renseignements à ce sujet dans le rapport de changement de quart. En outre, selon le programme de prévention des chutes (Falls Prevention Program), on doit mettre en œuvre des mesures d'intervention normalisées pour la prévention des chutes (Standard Fall Prevention interventions) auprès de toutes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

les personnes résidentes, auxquelles on ajoute des mesures d'intervention pour les personnes qui présentent un risque élevé de chutes, notamment des alarmes de lit et (ou) pour le fauteuil et un siège d'aisances ou un bassin de lit au chevet, au besoin. De même, les PSSP doivent respecter les stratégies de prévention des chutes décrites dans le fichier d'enregistrement.

Plus précisément, à une date donnée en novembre 2025, deux PSSP ont déplacé une personne résidente à l'aide d'un déambulateur afin de l'emmener à une chaise longue dans l'aire commune. On devait mettre en œuvre des mesures d'intervention pour la prévention des chutes auprès de cette personne résidente. Toutefois, on a omis de les mettre en œuvre ou de les rendre accessibles. Peu de temps après, une PSSP a retrouvé la personne résidente sur le sol, devant la chaise longue. La PSSP a tenté de soulever la personne résidente du sol à deux reprises, sans succès. La PSSP a ensuite demandé l'aide d'une ou un IAA pour relever la personne résidente. Toutefois, l'IAA a omis d'évaluer l'état de la personne résidente avant de la relever et a déclaré que la personne résidente grimaçait lorsqu'elle se tenait debout. L'IAA a donc informé une ou un IA que la personne résidente avait glissé hors de la chaise. L'IA a omis d'évaluer l'état de la personne résidente, puisqu'elle ou il a estimé que la situation ne correspondait pas à la définition d'une chute. Les deux PSSP ont ensuite tenté de transporter la personne résidente jusqu'à la salle à manger pour le souper, mais celle-ci n'était pas en mesure de porter son poids. Ainsi, les PSSP ont placé la personne résidente dans un fauteuil roulant pour l'emmener dans la salle à manger. Les deux PSSP ont omis de signaler ce changement dans l'état de santé de la personne résidente aux membres du personnel autorisé. Le lendemain, une PSSP a signalé à la ou au DSI que la personne résidente portait moins bien son poids et se plaignait de douleur. La ou le DSI a évalué l'état de la personne résidente avec la personne responsable des services de réadaptation, puis elles ou ils l'ont envoyée à l'hôpital afin que l'on évalue une blessure soupçonnée. La personne responsable des services de réadaptation a ensuite examiné les enregistrements vidéo et a constaté que la personne résidente avait fait une chute en tentant de se lever et de se déplacer alors que son appareil d'aide à la mobilité était hors de sa portée. Lors d'entretiens avec la ou le DSI et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers, celles-ci ou ceux-ci ont confirmé que deux PSSP, une ou un IAA et une ou un IA avaient omis de respecter le programme de prévention des chutes du foyer (Falls Prevention Program), que l'on avait omis d'effectuer les évaluations requises auprès de la personne résidente et de consigner les renseignements à ce sujet après sa chute, et que l'on avait omis de mettre en œuvre les mesures d'intervention pour la prévention des chutes auprès d'elle

au moment où elle est tombée.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente; dossier d'enquête du foyer; rapport d'IC n° 2640-000046-25; programme de prévention des chutes (Falls Prevention Program) [mis à jour en avril 2025]; entretiens avec la ou le DSI et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 20 mars 2026.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District d'Ottawa

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa ON K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de 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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.