

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1843-0001

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : 2063414 Investment LP, par son partenaire général, 2063414 Ontario Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Northern Heights Community, North Bay

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 25 au 27 novembre 2025.

Les inspections concernaient :

- Deux signalements liés aux mauvais traitements d'ordre physique/verbal à l'encontre d'une personne résidente; et,
- Un signalement lié à une chute d'une personne résidente.

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

1. Le personnel a mis en œuvre une mesure d'intervention précise pour une personne résidente afin d'atténuer un risque. Cette mesure d'intervention ne figurait pas dans son programme de soins provisoire.

Le programme de soins a été revu à une date précise et comprenait la mesure d'intervention précise.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente, observations; entretiens avec la personne résidente, le directeur général ou la directrice générale (DG) et d'autres membres du personnel.

2. Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci nécessitait une mesure d'intervention particulière à utiliser. La chambre de la personne résidente a été observée à une date donnée et la mesure d'intervention n'était pas en place. Le ou la responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a indiqué que cette mesure d'intervention avait été interrompue et qu'elle aurait dû être retirée du programme de soins.

Le programme de soins a été revu par la suite et il a été noté que la mesure d'intervention avait été supprimée du programme de soins provisoire de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente; observations; entretien avec le ou la responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

Date de la rectification apportée : 27 novembre 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – 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.

À une date précise, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a prodigué des soins à une personne résidente, mais elle n'a pas suivi le programme de soins provisoire de la personne résidente.

Sources : rapport d'incident critique, dossier d'enquête du foyer, notes d'évolution de la personne résidente et programme de soins provisoire, entretien avec la personne résidente et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

Programme de soins

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

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

Un jour donné, un membre du personnel n'a pas documenté les soins qu'il a prodigués à une personne résidente.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

La politique du foyer précise que l'infirmier ou l'infirmière responsable doit contacter le ou la DG ou la personne désignée pour tout incident suspecté de mauvais traitements d'une personne résidente dont il ou elle est témoin. Le ou la DG a constaté que la procédure de gestion d'un incident de mauvais traitements n'avait pas été mise en œuvre lorsque le membre du personnel n'avait pas contacté le directeur ou la directrice de garde pour signaler l'incident et recevoir des instructions supplémentaires.

Sources : politique du foyer, dossiers médicaux de la personne résidente, notes d'enquête; entretiens avec le ou la DG et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce

qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

À une date précise, une altercation s'est produite. Un rapport d'incident critique faisant état de mauvais traitements infligés à une personne résidente n'a été remis au directeur ou à la directrice qu'un jour plus tard.

Sources : rapport d'incident critique; notes d'évolution de la personne résidente; entretiens avec le ou la DG et d'autres membres du personnel.

