

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1065-0001

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Trent Valley Lodge Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Trent Valley Lodge, Trenton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12 au 14 et 19 au 23 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00164414 – Incident critique (IC) n° 2337-000050-25 – Signalement en lien avec une personne résidente manquant à l'appel
- Signalement : n° 00164553 – IC n° 2337-000051-25 – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente
- Signalement : n° 00164752 – Signalement en lien avec une plainte reçue concernant des préoccupations relatives à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente

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

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

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.

Les « mauvais traitements d'ordre sexuel » s'entendent « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une autre personne qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel ».

Lors d'un jour donné en décembre 2025, des membres du personnel ont été témoin de ce qu'ils ont présumé être des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente. Lors d'entretiens, les membres du personnel ont confirmé qu'avant l'incident, la personne résidente avait manifesté un intérêt accru à l'endroit de la deuxième personne résidente, ce qu'ils jugeaient préoccupant en raison des antécédents de mauvais traitements d'ordre sexuel de la première personne résidente. De même, toujours lors d'entretiens, les membres du personnel ont confirmé que lorsqu'ils ont vu la deuxième personne résidente faire l'objet de ce qu'ils ont présumé être de mauvais traitements, celle-ci présentait des signes non verbaux d'agitation ou de détresse.

Lors d'entretiens, plusieurs membres du personnel ont confirmé que la deuxième personne résidente n'était pas en mesure de donner son consentement à des actes sexuels, et que des contraintes physiques et cognitives l'empêchaient de mettre fin à un acte non désiré.

Sources : Notes sur l'évolution de la situation concernant la personne résidente; politique n° G-1 concernant les cas réels ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence à l'endroit d'une personne résidente (Abuse and Neglect of a Resident - Actual or Suspected Policy #G-1) [septembre 2025]; entretiens avec des membres du

personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect du : paragraphe 58 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Une personne résidente avait des antécédents connus de mauvais traitements d'ordre sexuel, ainsi que des comportements déclencheurs connus, nécessitant son transfert dans une autre unité afin d'atténuer les risques qu'elle inflige de nouveau de tels mauvais traitements à une autre personne.

Lors d'un jour donné en décembre 2025, des membres du personnel ont été témoin de ce qu'ils ont présumé être des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente. Lors d'entretiens, les membres du personnel ont confirmé qu'avant l'incident, la personne résidente avait manifesté un intérêt accru à l'endroit de la deuxième personne résidente, ce qu'ils jugeaient préoccupant en raison des antécédents de mauvais traitements d'ordre sexuel de la première personne résidente. En effet, les membres du personnel ont confirmé que celle-ci avait des habitudes et des antécédents connus quant à l'adoption d'un tel comportement. Cependant, aucun comportement déclencheur ne figurait dans son programme de soins.

Parmi les interventions figurant dans le programme de soins de la personne résidente, il y avait des vérifications de sécurité toutes les heures. Par contre, dans les dossiers du

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

système de points de service, on demandait que les vérifications de sécurité soient effectuées toutes les 30 minutes. En décembre 2025, on a relevé 135 entrées manquantes dans les dossiers de ce système.

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas pu trouver d'évaluations comportementales ou de réévaluations qui auraient été réalisées auprès de la personne résidente à la suite de cet incident. Lors d'entretiens, les membres du personnel et la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) ont confirmé qu'il fallait utiliser l'outil du système d'observation de la démence (Dementia Observation System [DOS]) auprès de toute personne résidente présentant des comportements nouveaux ou d'une intensité accrue. Cependant, l'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas pu trouver d'information indiquant que l'on aurait employé cet outil dans la foulée de l'incident en décembre 2025. La personne responsable du Projet OSTC a confirmé que l'on aurait dû consigner l'information requise au moyen de cet outil, mais que l'on ne l'avait pas fait.

Sources : Examen des notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente, du programme de soins de celle-ci et des documents en lien avec le rapport d'enquête la concernant (décembre 2025); politique n° F-5 relative aux comportements réactifs (Responsive Behaviours Policy #F-5) [juin 2025]; information attestant l'absence d'évaluations comportementales, y compris l'omission d'utiliser l'outil du système d'observation de la démence, pour décembre 2025; entretiens avec la personne responsable du Projet OSTC et d'autres membres du personnel.