

**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 :** 28 avril 2025.

**Numéro d'inspection :** 2025-1301-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** The Glebe Centre Incorporated

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Glebe Centre, Ottawa

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22, 23, 24 et 28 avril 2025.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00143576 – décès inattendu;
- le registre n° 00144466 – chute d'une personne résidente ayant occasionné une blessure.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Comportements réactifs

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

**AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

***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

Avis écrit n° 001 aux termes 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé d'un décès inattendu d'une personne résidente un jour de mars 2025.

Lors d'un entretien en avril 2025, un membre du personnel a confirmé que l'obligation de faire rapport au directeur est immédiate pour un incident de décès soudain ou inattendu d'une personne résidente.

Sources : Entretien avec un membre du personnel, et examen du dossier d'une personne résidente.