



**Rapport annuel 2010
du
Comité d'examen des décès en matière de
soins gériatriques et de longue durée**

**Bureau du coroner en chef
de l'Ontario**

Novembre 2011

Table des matières

Résumé	
Composition du Comité	1
Introduction	2
Résumé de l'examen des cas en 2010	5
Examen de cas	
2010-01	7
2010-02	9
2010-03	12
2010-04	15
2010-05	21
2010-06	25
2010-07	27
2010-08	29
2010-09	31
2010-10	32
2010-11	36
Annexe A	
Analyse des recommandations formulées de 2004 à 2010	39
Annexe B	
Recommandations – Cas examinés en 2010	40

Le présent rapport a été préparé par le docteur Roger Skinner,
président du Comité d'examen des décès en matière de soins
gériatriques et de longue durée et par
Mme Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

Résumé

- Établi en 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (« le Comité ») est composé d'éminents spécialistes de diverses disciplines, dont la gérontologie, la médecine de famille, la médecine d'urgence et les services aux personnes âgées.
- En 2010, le Comité a examiné 11 cas et formulé 22 recommandations visant à prévenir d'autres décès.
- En 2010, les principales questions traitées par le Comité ont été les suivantes :
 - Gestion des soins médicaux et infirmiers;
 - Usage des médicaments chez les personnes âgées;
 - Communication entre professionnels de la santé en ce qui concerne les personnes âgées;
 - Usage de moyens de contention chez les personnes âgées;
 - Documentation par les médecins et le personnel infirmier.
- Des onze cas examinés, seulement deux n'ont donné lieu à aucune recommandation.

Abréviations

AVQ	activités de la vie quotidienne
SCPD	symptômes comportementaux et psychologiques de démence
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
NPR	ne pas réanimer
SMU	services médicaux d'urgence
SU	salle d'urgence
le Comité	Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée
FAPSS	Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux
USI	unité de soins intensifs
FSLD	foyer de soins de longue durée
MMSE	mini-examen de l'état mental
MSSLD	ministère de la Santé et des Soins de longue durée
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
MR	maison de repos
inf. aut. / inf. aux. aut.	infirmière autorisée / infirmière auxiliaire autorisée
mand. spéc.	mandataire spécial

Composition du Comité (2010)

D ^r Peter Clark	Coroner régional principal Président du Comité (janvier – juin 2010)
D ^r Roger Skinner	Coroner régional principal Président du Comité (juillet – décembre 2010)
M ^{me} Kathy Kerr	directrice de la gestion des comités
M ^{me} Elaine Akers	Pharmacienne
D ^{re} Barbara Clive	Gériatre
M ^{me} Sheila Driscoll	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
D ^r Sid Feldman	Médecin de famille
D ^{re} Margaret Found	Médecin de famille / coroner
D ^{re} Heather Gilley	Gériatre
D ^r Barry Goldlist	Gériatre
D ^r Michael Gordon	Gériatre
D ^{re} Jennifer Ingram	Gériatre
M ^{me} Margaret Leaver-Power	Diététicienne

Introduction

Mandat

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (« le Comité ») a pour mandat d'aider le Bureau du coroner en chef à mener des investigations et des examens portant sur des décès en rapport avec la prestation de services aux personnes âgées dans la province, notamment des services gériatriques ou des soins de longue durée, ainsi qu'à formuler des recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances similaires.

Le Comité a été créé en 1989.

Buts et objectifs

Les buts et objectifs du Comité sont les suivants :

1. Aider les coroners dans la province de l'Ontario à mener leurs investigations sur le décès de personnes qui reçoivent des soins gériatriques ou qui résident dans un établissement de soins de longue durée et formuler des recommandations visant à prévenir des décès dans des conditions similaires à l'avenir;
2. Procéder à un examen d'expert des soins fournis aux personnes âgées, recevant des soins gériatriques ou résidant dans un établissement de soins de longue durée dans la province;
3. Produire un rapport annuel qui est mis à la disposition des médecins, du personnel infirmier, des prestataires de soins, des organismes de services sociaux et autres personnes intéressées dans l'objectif de prévenir des décès;
4. Aider à déterminer la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention;
5. Aider à repérer les facteurs de risque et les tendances à partir des cas examinés afin de formuler des recommandations pour des stratégies efficaces d'intervention et de prévention;
6. Effectuer ou promouvoir des recherches, s'il y a lieu;
7. Encourager les activités de formation des professionnels en relevant les problèmes systémiques :
 - en les communiquant aux organismes appropriés pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent,

- en aidant au besoin à l'élaboration de protocoles visant la prévention,
- en publiant au besoin de l'information pédagogique.

Remarque : Tous les objectifs décrits ci-dessus et les activités du comité qui les mène doivent respecter les limites imposées par la Loi sur les coroners (Ontario), paragraphe 18 (3) et la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Structure et taille du Comité

Le Comité est composé d'éminents spécialistes de diverses disciplines, dont la gériatrie, la pharmacologie, la médecine de famille, la médecine d'urgence et les services aux personnes âgées. Dans la mesure du possible, la composition du Comité est équilibrée de façon à être représentative des diverses régions de la province et de tous les niveaux d'institutions fournissant des services gériatriques et des soins de longue durée, y compris les centres d'enseignement.

Le président du Comité est un coroner principal régional. Le Comité bénéficie de l'appui de la directrice de la gestion des comités, du Bureau du coroner en chef.

Selon les besoins, d'autres personnes ayant une expertise ou des connaissances particulières peuvent être invitées à participer aux réunions du Comité (p. ex., coroners chargés des investigations, coroners régionaux principaux, spécialistes d'autres disciplines en rapport avec le cas examiné, etc.)

La composition du Comité est examinée régulièrement, notamment pour s'assurer de sa représentation équilibrée, par le président du Comité et par le Coroner en chef, s'il a lieu.

Méthodologie

Les cas sont soumis au Comité par les coroners régionaux principaux de la province. Le dossier remis par le coroner est examiné par au moins un membre du Comité qui présente ensuite le cas aux autres membres. Lorsque le Comité a terminé ses discussions, un rapport final sur le cas est rédigé, qui comprend un résumé des faits, une discussion et, s'il y a lieu, des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Le rapport est envoyé au coroner régional principal qui a soumis le cas et qui peut, au besoin, mener des investigations additionnelles. En 2010, le coroner en chef a diffusé les rapports et recommandations du Comité aux agences et organismes en mesure d'influer sur la mise en œuvre de ces recommandations.

Lorsqu'un cas présente un risque de conflit d'intérêts pour un membre du Comité, il peut être demandé à un membre temporaire de participer à l'examen du cas en question. Le Comité peut aussi décider d'examiner le cas en l'absence du membre qui a un conflit d'intérêts.

Lorsqu'un cas exige l'expertise d'une autre discipline, il peut être demandé à un spécialiste qui n'est pas membre du Comité d'examiner le dossier et de participer au besoin à la réunion ainsi qu'aux discussions et à la formulation des recommandations.

Limites

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée est un comité consultatif qui peut présenter des recommandations au coroner en chef par l'intermédiaire de son président.

Le contenu du rapport consensuel du Comité est limité par les données dont celui-ci dispose.

Les rapports d'examen de cas du Comité sont rédigés pour le Bureau du coroner en chef et sont donc régis par les dispositions de la *Loi sur les coroners*, la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. De ce fait, chaque examen de cas inclus dans le rapport annuel est un résumé qui ne contient aucun détail qui permettrait d'identifier les intéressés. Ce résumé est accompagné des recommandations adressées au coroner régional principal et aux agences et organismes concernés.

Les membres du Comité n'expriment aucune opinion sur les cas examinés autre que celle exprimée dans le cadre du système des coroners. En particulier, les membres du Comité ne peuvent pas témoigner à titre d'experts dans un procès civil portant sur un cas qui a été examiné par le Comité.

Par ailleurs, les membres ne participent pas aux discussions ni à la rédaction des rapports sur les cas cliniques pour lesquels ils ont (ou pourraient avoir) un conflit d'intérêts, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

Les rapports médicaux, l'ébauche et la version finale des rapports, de même que les procès-verbaux des réunions, sont des documents confidentiels.

Le rapport annuel des activités et des recommandations du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée vise à provoquer une réflexion et à encourager un débat sur les décès liés aux soins gériatriques et de longue durée dans la province de l'Ontario.

Pour toute question ou observation au sujet de ce rapport, s'adresser à :

M^{me} Kathy Kerr
Directrice de la gestion des comités
Bureau du coroner en chef de l'Ontario
26, rue Grenville
Toronto (Ontario)
M7A 2G9
Kathy.M.Kerr@Ontario.ca

Résumé de l'examen des cas en 2010

En 2010, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné au total 11 dossiers qui avaient fait l'objet d'investigations par des coroners et portaient sur le décès de résidents âgés d'établissements de soins de longue durée. À partir de l'examen de ces cas, le Comité a formulé 39 recommandations au total afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires à l'avenir. Ces recommandations ciblent des questions et préoccupations dans les domaines suivants :

- Gestion des soins médicaux et infirmiers;
- Communication et documentation;
- Usage des médicaments chez les personnes âgées;
- Moyens de contention;
- Secteur des soins actifs ou de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Ces recommandations ont été diffusées auprès des intéressés, dont des particuliers, des établissements, des ministères, des organismes, des groupes d'intérêt, des professionnels de la santé (et leurs organismes de réglementation professionnelle) et les coroners. Il a été demandé aux agences et organismes en mesure d'influer sur la mise en œuvre de ces recommandations de fournir une réponse au Bureau du coroner dans l'année qui suit. Ces organisations ont été encouragées à évaluer elles-mêmes l'avancement de la mise en œuvre des recommandations les concernant.

Les recommandations sont également transmises aux coroners en chef et médecins légistes des autres provinces et territoires du Canada et communiquées à d'autres personnes sur demande.

Résumé de l'examen des cas en 2010

Domaine problématique	Nombre de cas (n=11)	Nombre de recommandations (n=22)
Gestion des soins médicaux et infirmiers	7 (64 %)	12 (54 %)
Communication et documentation	3 27 %	3 (14 %)
Usage des médicaments chez les personnes âgées	1 (9 %)	4 (18 %)
Moyens de contention	1 (9 %)	1 (5 %)
Secteur des soins actifs ou de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	2 (18 %)	2 (9 %)

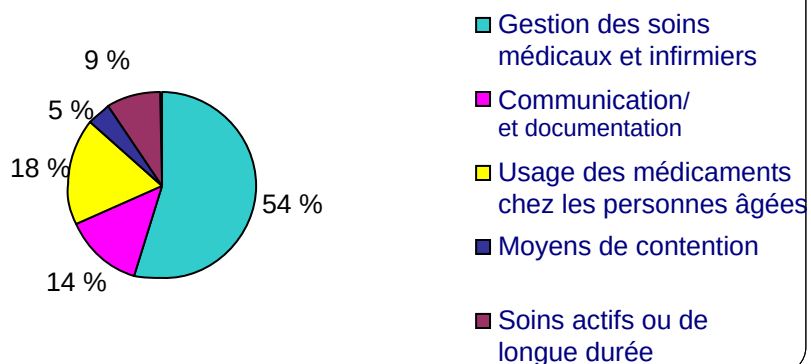
Remarque : Certains cas ont donné lieu à des recommandations qui touchent plusieurs domaines.

Nombre total de cas examinés 11

Nombre total de recommandations formulées 22

Nombre total de cas n'ayant donné lieu à aucune recommandation 2

Pourcentage des recommandations selon le domaine problématique - 2010



Examen de cas

Cas : 2010-01

Numéro de dossier : 2007-7779

Problème :

Des inquiétudes ont été soulevées quant aux soins prodigués dans une maison de retraite et aux soins actifs d'un hôpital général, ainsi qu'à l'utilisation de narcotiques et d'autres médicaments.

Résumé :

Il s'agit d'une femme de 83 ans dont les antécédents médicaux incluaient : leucémie lymphoïde chronique, scoliose, reflux gastro-œsophagien, arthrose avec prothèses bilatérales des genoux, chirurgie du pied (orteil et oignon), hystérectomie, réparation de hernie, chirurgie oculaire bilatérale pour cataracte et acide urique élevé.

En décembre 2006, cette patiente a fait une chute entraînant une fracture du poignet gauche, des fractures de côtes et une probable fracture pelvienne. On ne sait pas si la fracture du poignet a été traitée à l'aide d'une attelle ou d'un plâtre, mais il semble qu'elle soit restée très douloureuse et que le médecin de famille ait prescrit des doses croissantes de chlorhydrate d'oxycodone. La patiente prenait également deux benzodiazépines différentes.

Les dossiers médicaux et les documents concernant la chute de la patiente et la prise en charge initiale de ses multiples fractures n'ont pas été disponibles pour examen. D'après les autres dossiers médicaux, la défunte prenait déjà une dose élevée d'oxycodone lors de son entrée à la maison de retraite, en mai 2007. Il n'a pas pu être déterminé si d'autres stratégies de prise en charge ont été tentées avant d'instaurer l'oxycodone (par ex. une immobilisation du poignet, des anesthésies locales au niveau des côtes fracturées, ou encore l'administration régulière d'acétaminophène auraient pu être utiles pour réduire la nécessité d'un analgésique opioïde).

Le médecin traitant a essayé de diminuer la quantité et les doses de médicaments administrés à la patiente. Début juin, une distension abdominale, des nausées et une diarrhée sont apparues et la patiente a reçu pour traitement du lopéramide, du diménhydrinate et un suppositoire. Elle a ensuite été transférée à l'hôpital, où une insuffisance cardiaque a été constatée. Elle y a alors été admise et traitée par du furosémide, du diménhydrinate, de la morphine, de la scopolamine et un lavement Fleet. Elle est décédée à l'hôpital 15 heures environ après son arrivée.

L'autopsie a mis en évidence une cardiomégalie, une cardiopathie valvulaire et des signes d'insuffisance cardiaque congestive. L'analyse toxicologique a relevé des taux supratherapeutiques d'oxycodone et de diphénhydramine, ainsi que des taux thérapeutiques de morphine, lorazépam, acétaminophène et chlorphéniramine.

Le Comité a noté que des travaux de recherche ont mis en évidence des risques associés à l'utilisation concomitante d'oxycodone et d'autres médicaments psychoactifs, dont les benzodiazépines et le diménhydrinate. Il également été noté que l'apparition d'une insuffisance cardiaque a pour conséquence une altération du métabolisme médicamenteux potentialisant l'apparition d'effets médicamenteux indésirables.

Les dossiers indiquent que la défunte a reçu quatre doses de diménhydrinate au cours de ses deux derniers jours de vie. Le Comité a noté que le diménhydrinate est un médicament rarement indiqué pour les personnes âgées et qu'il se peut que son emploi ait également concouru à l'issue défavorable de ce cas.

Pendant la phase terminale de la maladie de cette patiente, une constipation est également apparue. Comme chez le sujet âgé, la constipation peut prendre la forme d'une fausse diarrhée, il a été noté que le chlorhydrate de lopéramide ne devrait pas être prescrit chez les patients âgés qui prennent des opioïdes. Il ne devrait être administré qu'une fois le diagnostic de constipation soigneusement exclu.

Recommandations :

1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que, chez les patients âgés prenant des opioïdes et présentant une diarrhée, le chlorhydrate de lopéramide ne devrait pas être prescrit avant que l'existence d'une constipation n'ait été exclue.
2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que le diménhydrinate est un médicament dont l'emploi est rarement indiqué chez les sujets âgés placés dans un établissement ou hospitalisés. L'association de diménhydrinate et d'autres médicaments psychoactifs ou anticholinergiques peut entraîner le développement d'interactions médicamenteuses potentiellement graves et aux issues indésirables.
3. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'user de prudence lors de la prescription d'opioïdes chez des patients âgés présentant une douleur chronique. Pour essayer de réduire au minimum les doses d'opioïde indispensables à la maîtrise de la douleur, l'emploi d'interventions non pharmacologiques et de médications non narcotiques comme l'acétaminophène devrait être envisagé en première intervention.
4. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que la toxicité potentielle des médications opioïdes peut être accrue par l'emploi concomitant d'autres médicaments psychoactifs.

Cas : 2010-02

Numéro de dossier : 2009-9823

Problème :

Des inquiétudes ont été soulevées quant aux soins prodigués dans un foyer de soins de longue durée autorisé par un permis (FSLD) avant un transfert à un hôpital communautaire général.

Résumé :

Il s'agit d'un homme de 83 ans admis dans un FSLD en septembre 2008. Les diagnostics médicaux le concernant incluaient alors : maladie d'Alzheimer, cancer de la prostate, ostéoporose, coronaropathie, dyslipidémie et hypertension. Au plan fonctionnel, il a été noté qu'il pouvait se déplacer et qu'il était en mesure d'assumer certaines activités de la vie quotidienne (AVQ). Il a également été noté qu'il devenait plus « fragile ».

En mai 2009, le défunt a été changé de chambre au FSLD et, à la suite de ce déménagement, il a semblé être plus confus. À la fin du mois, il a été noté une perte de poids supplémentaire, une diminution de l'appétit et de l'alimentation orale, ainsi que l'existence d'une douleur abdominale non spécifique.

En juin 2009, le défunt avait encore un petit appétit, avec une alimentation orale toujours plus réduite et une perte de poids supplémentaire. Il a été noté que son risque de chute était accru et qu'il paraissait plus triste et déprimé.

En juillet 2009, le FSLD a proposé d'installer le patient dans une autre chambre. Les membres de la famille ont exprimé l'inquiétude qu'un autre changement pourrait avoir un impact négatif sur son état clinique, mais ils ont compris la nécessité d'un tel déménagement.

Le défunt a été placé dans une nouvelle chambre le 20 juillet 2009. Les membres de la famille ont fait part de leur inquiétude après avoir remarqué de l'urine et/ou des taches d'urine sur le sol de la salle de bain. Il leur a été assuré que le patient n'était pas incontinent et il a été suggéré que ces taches étaient le fait de son nouveau compagnon de chambre.

Le 25 juillet 2009, à 6 h 50, le personnel infirmier a trouvé le défunt sur le sol des toilettes. Des contusions ont été notées sur la partie droite de son front et il se plaignait d'une douleur de l'épaule.

Plus tard dans la journée, à 14 h 19, le défunt se plaignait d'une gêne bilatérale des épaules, mais il était capable de lever les deux membres supérieurs à la hauteur de l'épaule. Les examens de routine pour traumatisme crânien ont été effectués. Le défunt a dîné et ne semblait alors pas souffrir de manière importante. De l'acétaminophène a été administré pour traiter son inconfort.

À 21 h 15, le personnel infirmier a noté que le patient restait au lit, mais qu'il pouvait marcher si nécessaire. Il ne s'est pas levé pour souper. Au plan mental, il semblait plutôt être « à plat » depuis la chute. De l'acétaminophène lui a été administré à 22 h 27.

À 6 h 33, le jour suivant, le personnel infirmier et la famille du défunt ont été en contact et aucune préoccupation particulière n'a été soulevée. Le défunt a informé les infirmières qu'il se sentait mieux, mais que ses épaules et ses bras étaient encore douloureux et qu'il souhaitait rester au lit.

Le 27 juillet 2009, à 21 h 21, une note du personnel infirmier indiquait que le défunt était resté au lit toute la journée et qu'il se plaignait d'avoir mal aux bras et aux épaules. Il n'avait pas envie de manger; il avait vomi une fois dans la soirée et était afébrile.

Le 28 juillet 2009, à 15 h 57, le médecin traitant a été contacté pour la première fois. Le travailleur de soutien personnel du patient avait noté depuis deux jours une émission de selles foncées à tendance diarrhéique, un inconfort abdominal et des vomissements marc de café. Le médecin a prescrit une formule sanguine et augmenté la dose de pantoprazole sodique à 40 mg deux fois par jour. À 22 h 14, l'état clinique du patient s'est rapidement détérioré, avec l'aggravation d'un essoufflement (noté pour la première fois vers 18 h) et une confusion croissante. Avec l'approbation de la famille, le médecin traitant a organisé le transfert du défunt à la salle d'urgence de l'hôpital général.

À la salle d'urgence, le défunt était tachypnéique et présentait des signes de pneumonie et d'une probable infection urinaire. Une radiographie de l'épaule gauche a mis en évidence l'existence d'une fracture de l'humérus avec luxation de la tête humérale. Les examens de laboratoire ont indiqué l'existence d'une anémie, d'une leucocytose et d'une azotémie. Une transfusion de sang a été faite. On ne sait pas si l'étiologie de l'insuffisance rénale était prérénale. L'existence d'une élévation de la troponine donnait à penser qu'il existait une ischémie myocardique. Il était évident que le défunt était très déshydraté.

À la suite d'une discussion avec les membres de la famille, la décision a été prise de prodiguer des soins palliatifs. Le patient est décédé le 3 août 2009.

Une autopsie a été effectuée.

Cause du décès : pneumonie et insuffisance rénale aiguë résultant a) d'une fracture de l'humérus gauche et b) d'une chute, chez un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer et d'un cancer de la prostate.

Circonstances du décès : accident.

Discussion :

Du fait que le défunt ne semblait pas souffrir d'une infection des voies respiratoires inférieures avant l'aggravation soudaine de son état, et dans ce contexte de vomissements, la bronchopneumonie peut avoir été due à une inhalation. Il se peut que l'apparition d'une

azotémie et d'une déshydratation soit liée aux quelques jours où la prise alimentaire orale a été réduite, effet que l'on pouvait attribuer à la douleur de la fracture humérale non diagnostiquée. De la même manière, l'apparition d'une ischémie myocardique peut avoir été secondaire à la déshydratation qui est venue se surajouter à l'athérosclérose coronarienne sous-jacente.

L'une des questions soulevées par ce cas était de savoir si le fait de poser le diagnostic spécifique de fracture de l'humérus gauche de manière plus précoce au cours de la brève évolution clinique de ce patient aurait permis ou non une issue plus favorable. Les vomissements n'ont pas été expliqués de manière évidente et, hormis l'acétaminophène, il n'a pas été administré au patient de médicaments plus puissants qui auraient pu avoir contribué à l'apparition d'une anorexie, de nausées et de vomissements, et ce bien qu'une ischémie myocardique puisse se révéler par ces symptômes. Même si la fracture avait été remarquée plus tôt et/ou si un analgésique plus puissant avait été prescrit et/ou si l'on avait mis une attelle au patient, l'évolution de la maladie n'aurait pas nécessairement été modifiée.

Les vomissements peuvent aussi avoir été secondaires à l'apparition de l'azotémie. On ne sait pas si le FSLD disposait des protocoles et ressources nécessaires pour fournir au défunt une assistance liquidienne intraveineuse ou sous-cutanée. Une fois la bronchopneumonie installée, et étant donné l'état clinique fragile du patient, l'évolution clinique et son issue finale étaient relativement prévisibles.

Le Comité a examiné le fait que la chute du 25 juillet 2009 n'a pas été rapportée au médecin traitant par le personnel du FSLD.

Recommandations :

1. Tous les foyers de soins de longue durée autorisés de l'Ontario devraient élaborer une politique et une méthode pour garantir la notification aux médecins, en temps opportun, des incidents comportant une chute de patients âgés.
2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé s'occupant de patients âgés malades et fragiles que le défaut d'alimentation orale, particulièrement liquidienne, peut entraîner rapidement l'apparition d'une déshydratation et d'une azotémie, même en l'absence de maladie fébrile.

Cas : 2010-03

Numéro de dossier : 2008-13410

Problème :

Le défunt était résident d'un foyer de soins de longue durée (FSLD) et souffrait d'une démence grave et d'un comportement agressif. Il est décédé après une chute sans témoin, qui pourrait avoir impliqué un autre résident atteint de démence.

Résumé :

Il s'agit d'un homme de 84 ans qui souffrait d'une démence modérée, compliquée de symptômes comportementaux psychiatriques anormaux. Il était résident d'une unité prothétique sécurisée dans un FSLD, du 16 août 2006 au 5 juin 2008, jour de son décès.

Lors de son admission au FSLD en 2006, il a été noté que le défunt souffrait d'une démence modérée à grave. Il portait des lunettes, était en insuffisance pondérale, et avait un test positif au staphylocoque doré méthicillino-résistant (SRAM). Sa démarche était traînante et il avait besoin d'un déambulateur à quatre roues pour se déplacer.

En décembre 2006, le défunt a fait un petit accident vasculaire cérébral. Il a été placé dans une unité prothétique sécurisée qui hébergeait des résidents atteints de démence.

En octobre 2007, il a été noté que le patient était quelque peu résistant au bain et à l'habillage. Depuis son admission, il avait fait deux chutes en arrière en essayant de se pencher sans arriver à saisir la main courante. Le personnel infirmier a noté qu'il pouvait être violent verbalement, mais qu'il n'était pas agressif physiquement.

En novembre 2007, le défunt est tombé lors d'une excursion à l'extérieur. Il s'est plaint d'une douleur à la hanche, mais aucune lésion importante n'a été mise en évidence. Il refusait d'utiliser une canne ou un déambulateur pour se déplacer, préférant se tenir à des mains courantes. Il a été noté qu'il était agressif envers les autres résidents atteints de démence qui empiétaient sur son espace personnel. Il a développé une pensée paranoïde et s'est mis à croire que les gens prenaient des choses dans sa chambre.

En décembre 2007, le personnel infirmier l'a trouvé sur le sol après qu'il ait glissé de sa chaise. Il n'a pas été noté de lésion importante. Plus tard ce même mois, un autre résident atteint de démence a roulé accidentellement sur ses orteils avec son fauteuil roulant. Le défunt a réagi par des jurons et en donnant des coups de pied dans le fauteuil roulant du résident en question. Son intolérance aux comportements des autres a été notée par le personnel.

En février 2008, le défunt a menacé de pousser un autre résident « par-dessus la falaise », parce qu'il le trouvait trop bruyant.

En mars 2008, le personnel infirmier a noté que le défunt présentait un risque important de chute en raison de sa démarche anormale et de son manque de jugement. Il a continué de faire

preuve d'intolérance à l'égard des autres résidents. Devant le constat qu'il poussait les autres résidents qui se trouvaient sur son passage, le personnel infirmier a élaboré diverses interventions à essayer pour modifier son comportement. Au FSLD, il recevait des soins réguliers pour des cors et des durillons aux pieds. Il ne présentait pas de signe d'effraction cutanée.

Le 16 avril 2008, le défunt a fait une chute sans témoin. Il a été trouvé gisant sur le sol et se plaignant d'une douleur à la hanche gauche. Peu de temps après avoir été trouvé, le patient a informé le personnel qu'il avait été poussé par un autre résident. Un troisième résident a expliqué au personnel que le défunt était allé s'asseoir sur un divan occupé par un autre résident. À la suite d'un échange verbal, l'autre résident avait poussé le défunt, le faisant tomber sur le sol. À l'examen, ses signes vitaux étaient stables. Une gêne de la hanche gauche et une effraction cutanée au niveau du coude gauche ont été notées. Plus tard, le patient a été transféré à l'hôpital général pour y être évalué. Lors de son admission à l'hôpital, il ne recevait ni neuroleptique, ni médicament modifiant l'humeur.

En salle d'urgence, les radiographies ont confirmé l'existence d'une fracture du petit trochanter du fémur gauche. Le patient a été gardé la nuit et il lui a été administré des analgésiques pour soulager la douleur. Une sonde de Foley a été posée à demeure. Aucune rétention urinaire n'a été documentée.

Le 17 avril, un tomodensitogramme du pelvis a mis en évidence une fracture comminutive légèrement déplacée du petit trochanter de la hanche gauche. Il n'y avait aucun processus condensant ou lytique suggérant que la fracture était pathologique, et aucun signe de fracture intertrochantérienne. Les résultats du tomodensitogramme ont été examinés par un chirurgien orthopédique qui a conclu qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée. La décision a été prise de renvoyer le défunt au FSLD avec des instructions interdisant la mise en appui et un rendez-vous de suivi avec l'orthopédiste trois semaines plus tard. La prescription de départ était ainsi formulée : « Peut rentrer chez lui avec sa sonde de Foley ».

Le médecin traitant a été prévenu dès le retour du patient au FSLD. Le personnel infirmier a noté que le défunt avait une sonde de Foley, qu'il était blême et qu'il geignait. Du sulfate de morphine sous-cutané a été prescrit pour la douleur et son insuline n'a pas été administrée, car il avait peu mangé.

Le 18 avril, le défunt a fait l'objet d'une évaluation de physiothérapie. Sa glycémie du matin était élevée. Les jours suivants, il est devenu délirant et sa confusion s'est aggravée. Il attrapait des choses dans les airs et tirait sur sa sonde de Foley et sur son aiguille à ailettes sous-cutanée destinée aux injections de sulfate de morphine. Ses prises alimentaires orales étaient variables.

Le 20 avril, un matelas anti-escarres a été prescrit du fait de zones bleues observées sur ses deux talons. Son coude gauche présentait un ulcère de stade 2. Le patient demeurait agité et blême. Une évaluation d'ergothérapie a été demandée.

Le 21 avril, le médecin a prescrit un élévateur pour transfert sur une chaise Broad. Du chlorhydrate d'hydromorphone a été prescrit.

Le 22 avril, le physiothérapeute a remarqué l'existence de zones cutanées irritées par une compression au niveau des deux talons, zones sur lesquelles ont été appliqués des supports de pied Posey. Le 1^{er} mai, le personnel infirmier a remarqué que tout le talon droit du patient ainsi que le bout de son quatrième orteil étaient noirs. La malléole latérale droite présentait un ulcère de stade 2. L'infirmière a demandé un modèle amélioré de matelas anti-escarres et des bottes de suspension du talon. Il a été noté que le défunt était en colère et refusait de manger.

Le 3 mai, l'examen trimestriel a noté que le défunt avait été grabataire depuis sa chute du 16 avril 2008. Le « Maxi Lift » était utilisé pour les transferts sur le fauteuil. Le patient mangeait peu et était agité par moments.

Le 7 mai, il a été réévalué par le chirurgien orthopédique. Une radiographie de contrôle a mis en évidence que la fracture était en voie de guérison. Des instructions ont été données pour débiter la mise en plein appui.

Le 9 mai, le personnel infirmier a aidé le défunt à se tenir debout, mais il a été incapable de prendre appui sur la jambe gauche. Il a été transféré sur un fauteuil roulant. La sonde de Foley était en place et fonctionnelle. L'état nutritionnel du patient demeurait médiocre.

Le 13 mai, le diététicien a remarqué que le défunt consommait moins de 50 % de ses repas. Des suppléments nutritifs ont été prescrits. À la suite de son évaluation, le physiothérapeute a recommandé la marche et un programme de renforcement musculaire et d'amélioration de son équilibre. À la mi-mai, les notes du personnel infirmier indiquaient que le défunt restait blême, et qu'il était confus et incohérent par moments. Il a été noté dans la sonde une hématurie macroscopique avec des caillots. Le patient demeurait délirant et voyait des « souris courir sur ses pieds ».

Le 23 mai, il a été noté que la taille des ulcères atteignait 5 cm x 5 cm au talon droit et 6 cm x 5 cm au talon gauche, plus une escarre. Ces ulcères étaient très douloureux.

Début juin 2008, le fils du défunt restait inquiet quant à l'état clinique de son père et se demandait quand il marcherait et reprendrait son programme d'exercices.

Le 5 juin 2008, le personnel infirmier a trouvé le patient dans un état semi-comateux. Il était blême, cyanosé, et sa fréquence respiratoire était augmentée. Le médecin a discuté de mesures de confort avec le fils, qui a accepté la décision de prodiguer des soins palliatifs. De l'oxygène et du sulfate de morphine sous-cutané ont été administrés au patient, qui est décédé un peu plus tard le même jour.

La cause du décès était : une fracture de la hanche due à a) une chute de plain-pied chez un homme atteint de démence et d'athérosclérose coronarienne.

Les circonstances du décès n'ont pas été déterminées.

Recommandations :

1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance de la mobilisation précoce chez les sujets âgés fragiles qui présentent une fracture.
2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que la pose d'une sonde urinaire à demeure n'est généralement pas indiquée chez les personnes âgées qui présentent une fracture, mais pas de rétention d'urine. La pose d'une sonde urinaire à demeure peut entraîner des complications liées à l'immobilité, elles-mêmes à l'origine d'une morbidité accrue pouvant aller jusqu'au décès des patients.

Cas : 2010-04**Numéro de dossier : 2008-7598****Problème :**

La défunte était une femme de 89 ans qui résidait dans un FSLD autorisé. Elle présentait de multiples problèmes médicaux, dont une démence. Elle est décédée de complications d'une lésion cérébrale d'origine traumatique le 25 juin 2008, trois jours après avoir été poussée par une autre résidente qui avait de lourds antécédents d'agression et de démence.

Résumé :

La défunte a été admise au FSLD le 16 juin 2008. Elle est passée de sa maison à une unité de sécurité réservée aux résidents souffrant de démence.

Pendant les quelques jours et nuits suivant son admission au FSLD, elle était agitée, faisant par moments des allées et venues, errant dans les chambres des autres résidents et repoussant les soins et les repas. La première nuit, elle a été mise en observation individuelle après avoir erré dans la chambre d'une autre résidente et refusé d'en sortir. Cette fois-là, il a fallu l'intervention de deux membres du personnel pour la remettre dans la bonne direction. Elle refusait de prendre ses médicaments, de se baigner et de changer de vêtements, mais sa fille est finalement parvenue à la faire obtempérer. Après quelques jours, la défunte a semblé se stabiliser dans son nouvel environnement et elle se levait, s'habillait, et prenait ses repas à la salle à manger. Une note du personnel indique « la résidente prend ses marques et commence à reconnaître le personnel qui s'occupe d'elle régulièrement ».

Dans la soirée du 21 juin 2008, elle a fait une chute sans témoin. Peu après minuit, elle a été trouvée sur le sol de sa chambre du côté du couloir. Les notes du personnel infirmier indiquent qu'elle était confuse. Elle a refusé qu'on lui prenne les signes vitaux, mais a été capable de marcher sans assistance et d'être ramenée à son lit. Au moment où elle a été trouvée, on a remarqué que sa compagne de chambre était debout dans leur cabinet de toilette commun.

Le 22 juin 2008, la défunte a passé une matinée sans incident. À 12 h 15 environ, alors qu'elle dînait, elle s'est levée pour retourner dans sa chambre. Les autres résidents et le personnel de l'unité sont restés dîner dans la salle à manger, à l'exception d'une infirmière qui était en train de préparer les médicaments au poste de soins infirmiers de l'unité. À un moment donné, peu après 12 h 15, l'infirmière a rapporté que « la résidente a été trouvée étendue sur le côté droit dans le couloir, se tenant l'arrière de la tête. La défunte a dit à l'infirmière qui a rapporté l'incident qu'elle avait été poussée et s'était cogné la tête, mais que cela allait « bien aller ». ». L'infirmière a enregistré le fait que la compagne de chambre de la victime était penchée au-dessus d'elle, lui donnant des coups de pieds et faisant des commentaires déplacés à caractère raciste. L'infirmière a demandé à la compagne de chambre si elle avait poussé la défunte, mais celle-ci a tourné les talons en jurant et en pleurant. L'infirmière a examiné la défunte à la recherche de lésions, mais il n'y en avait pas d'apparente. Deux membres du personnel l'ont aidée à retourner à la salle à manger.

À 13 h 30 - 13 h 40, les résultats d'une évaluation du personnel infirmier utilisant le protocole habituel des traumatismes crâniens ont été rapportés de la manière suivante « Pouls 119, PA 191/108, pupille non réactive à la lumière, puis la seconde fois, PA 172/112 et pupille gauche non réactive à la lumière ...résidente incapable de répondre aux questions, endormie, pouls très irrégulier et rapide ». Le 911 a été appelé et la défunte a été transportée à l'hôpital.

À l'hôpital de soins actifs général régional, un tomodensitogramme cérébral a mis en évidence un hématome aigu droit sur un hématome sous-dural chronique, avec un déplacement de la ligne médiane de 2 cm. La défunte a été intubée, a reçu une dose d'attaque de mannitol et a été emmenée à un hôpital de recours de soins tertiaires régional pour y recevoir des soins neurochirurgicaux. Tôt dans la matinée du 23 juin 2008, elle a subi une craniotomie temporale droite et une évacuation de son hématome sous-dural. À l'issue de l'intervention, elle a présenté une absence de réponse; un autre tomodensitogramme réalisé plus tard dans la journée a mis en évidence un nouveau saignement avec un déplacement accru de la ligne médiane et un œdème. L'équipe médicale responsable du traitement a rencontré les membres de la famille et les mandataires spéciaux, et la décision a été prise d'arrêter tout traitement agressif et de prodiguer des soins palliatifs. La patiente est décédée à 15 h 05 le 25 juin 2008.

Cause du décès : complications d'une lésion cérébrale d'origine traumatique chez une femme atteinte de démence, d'insuffisance cardiaque congestive, d'hypertension et de fibrillation auriculaire

Circonstances du décès : homicide

La résidente censée avoir poussé la défunte avait une maladie d'Alzheimer avec des antécédents de comportement d'agression physique grave envers les autres. Elle avait été admise au FSLD en janvier 2007, à la suite d'une hospitalisation. Elle avait été hospitalisée contre son gré pour avoir manifesté un comportement physiquement violent ayant fait craindre aux autres des lésions corporelles, et avoir fait la preuve de son incapacité à prendre soin d'elle-même.

Au cours des trois premières semaines suivant son admission au FSLD, elle a fait preuve d'agressivité, tant verbale que physique, envers les autres et eu des accès de colère sans provocation aucune. L'équipe mobile spécialisée en psychiatrie gériatrique d'un hôpital de recours régional a été consultée, qui a examiné la patiente au FSLD le 25 janvier 2008. Une médication neuroleptique a été instaurée, ainsi que des approches non médicamenteuses pour gérer le comportement.

La résidente a été admise à une unité de prise en charge comportementale des patients déments à l'hôpital régional du 10 mars au 2 juin 2008, soit cinq mois après la soumission de la demande. Elle a persisté à manifester des comportements physiquement agressifs et à faire des commentaires inopportuns à caractère raciste aux autres résidents. Le 16 juin, la défunte est devenue la compagne de chambre de cette résidente (il convient ici de noter que la défunte était noire et la résidente, blanche).

Le 22 juin 2008 s'est produite l'agression présumée de la défunte.

Le 24 juin, le personnel du FSLD a noté dans ses rapports que la résidente censée avoir perpétré l'agression avait, à plusieurs reprises, fait des gestes menaçants en direction du personnel et des résidents. Ce jour-là, le FSLD a sollicité un financement pour une surveillance individuelle de soutien en attendant le transfert en urgence vers l'unité psychiatrique de l'hôpital de soins actifs général régional. Elle est restée sous soins individuels très intensifs jusqu'à son transfert aux soins actifs de l'hôpital régional pour une admission en psychiatrie le 26 juin 2008. Elle est décédée de mort naturelle deux mois après l'agression, le 20 août 2008.

Discussion :

Plusieurs des problèmes soulevés dans le cadre de l'examen de ce décès avaient déjà été mis en lumière en avril 2005, au cours de l'enquête du coroner sur les décès d'Ezz-El-Dine El Roubi et de Pedro Lopez.

L'ambiance actuelle des FSLD est toujours largement déterminée par l'existence d'un pourcentage élevé de résidents atteints d'une déficience cognitive. De nombreux résidents présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de démence (SCPD) – terminologie actuellement utilisée pour les personnes souffrant de complications d'une démence, qui incluent les comportements agressifs, l'errance, les hallucinations et la dépression. Dans sa 4^e recommandation, le jury de l'enquête El Roubi/Lopez jugeait souhaitable que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) :

[«...prenne des mesures immédiates pour mettre en œuvre le « plan en dix points pour améliorer la qualité de vie et réduire le fardeau de la maladie des résidents de soins de longue durée en Ontario.

Justification : Il est recommandé que le MSSLD reconnaisse qu'en raison d'une restructuration des soins de santé, les établissements

de soins de longue durée (SLD) sont devenus les « nouvelles institutions de santé mentale » en Ontario, sans toutefois le financement et les ressources nécessaires ni la reconnaissance des besoins prévisibles à l'avenir, du fait de l'accroissement en Ontario d'une population vieillissante atteinte de déficience cognitive ».

Dans le cas présent, l'auteure supposée de l'agression était une résidente de FSLD qui présentait une démence documentée et des SCPD importants qui, du fait de son agressivité physique, constituaient une menace pour les autres.

Soins au FSLD après l'admission :

À la suite de son admission, l'auteure supposée de l'agression a été reconnue comme étant physiquement agressive envers les autres. Une consultation d'expert a été mise en place, qui a pris la forme de la visite de l'équipe mobile de psychogériatrie de l'hôpital régional d'enseignement de soins actifs. On ignore pourquoi le FSLD n'a pas suivi toutes les recommandations des spécialistes concernant la prise en charge des comportements de la résidente. Aucun suivi comportemental n'a été effectué pour celle-ci. Un tel suivi aurait pourtant pu faciliter la prise en charge globale de son comportement agressif, en contribuant à déterminer les moments où apparaissaient ces comportements et leurs facteurs déclencheurs, et en permettant la mise en place d'un plan préventif. Dans l'enquête d'avril 2005, le jury a recommandé de mettre ainsi en place des formulaires de suivi comportemental standardisés dans l'ensemble des FSLD en Ontario.

Transfert vers des soins plus spécialisés :

Dans ce cas-ci, l'auteure supposée de l'agression a finalement été transférée dans une unité spécialisée de malades hospitalisés pour que soit établi un plan de prise en charge comportementale. Cela ne s'est pas fait en temps opportun, mais on ne sait pas si un transfert effectué au bon moment aurait changé l'issue de ce cas. Ce cas souligne néanmoins les difficultés auxquelles les FSLD se heurtent constamment pour obtenir une évaluation spécialisée de leurs résidents lorsqu'ils ne sont plus en mesure de les gérer.

La recommandation 62 de l'enquête de 2005 concernant El Roubi et Lopez propose :

« Que la législation, les réglementations et les politiques soient révisées pour garantir qu'il existe un mécanisme de placement conditionnel des résidents dans les établissements de SLD. Si, après l'admission, il est constaté qu'un résident nécessite des soins d'une complexité telle que ses comportements agressifs ne peuvent être gérés sans risques, ou si ce résident a des besoins qui dépassent l'effectif et l'expertise du personnel de l'établissement de SLD, le CASC aura la responsabilité de superviser le retrait immédiat du résident et son placement dans un cadre plus adéquat. L'établissement de SLD ne devrait pas être laissé en charge de la

responsabilité de trouver des services de remplacement comme un hôpital de soins actifs, un centre spécialisé ou un autre établissement de SLD qui comporterait une unité plus adéquate. »

Ce processus de « retrait immédiat » n'est pas encore fonctionnel au sein du système de FSLD.

Soins après l'évaluation spécialisée d'un patient hospitalisé :

Le Comité reconnaît qu'il serait difficile pour le FSLD de mettre en place et de poursuivre le plan de prise en charge élaboré dans une unité de patients hospitalisés lors du retour du patient au FSLD. En effet, l'unité spécialisée pour patients hospitalisés dispose d'un effectif plus élevé de personnel et, généralement, de personnel infirmier autorisé et infirmier auxiliaire autorisé qui prend soin des patients. De plus, ces personnels sont hautement formés et chevronnés. Ainsi, un plan élaboré dans un cadre hospitalier n'est habituellement pas totalement applicable dans le cadre d'un FSLD.

L'examen n'a pas permis de déterminer pourquoi le FSLD n'a pas fait appel au Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux (FAPSS) afin d'obtenir plus tôt des soins plus intensifs pour l'auteure présumée de l'agression lors de son séjour au FSLD. Ce n'est qu'après l'agression finale qu'il a été fait appel au FAPSS. On ne sait pas si la direction du FSLD ignorait que ce fonds était disponible pour la prise en charge des comportements agressifs ou si elle s'est heurtée à des obstacles pour obtenir un financement pour cette résidente agressive.

La recommandation 38 de l'enquête de 2005 propose la structure d'un programme de FAPSS qui répondrait aux besoins de résidents atteints de démence avec comportement physiquement agressif. Le jury a recommandé que :

« le MSSLD examine immédiatement et révisé son programme de « Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux » pour que chaque établissement de SLD ait accès à un financement additionnel pour les augmentations immédiates d'effectifs nécessaires pour fournir, en toute sécurité, les soins aux personnes atteintes d'une déficience cognitive *qui font déjà partie des résidents de l'établissement*. Le programme révisé devrait garantir que le fonds est utilisé par les établissements de SLD pour fournir des soins infirmiers à tous les résidents qui ont ou risquent d'avoir des comportements potentiellement agressifs ».

La recommandation 39 de l'enquête est la suivante :

« Le MSSLD devrait examiner son programme de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux pour s'assurer que des lits transitoires sont disponibles dans les établissements de soins de longue durée pour les résidents à risque élevé *nouvellement diagnostiqués*, en attendant qu'ils soient évalués et/ou pour faciliter leur transition

vers un cadre de soins de longue durée. Le ministère devrait élargir le programme pour garantir qu'un financement est disponible :

- i) lors de l'admission, quand des comportements agressifs ont été identifiés;
- ii) pour les résidents admis directement en provenance de la communauté;
- iii) de manière permanente, jusqu'à ce qu'une évaluation psychogériatrique ait été effectuée et qu'un plan de soins sans risques puisse être mis en œuvre;
- iv) des fonds sont disponibles pour fournir au besoin au résident une chambre individuelle au prix d'une chambre standard;
- v) il existe suffisamment de fonds pour la fourniture de soins individuels par du personnel infirmier ayant suivi la formation PIECES ».

Dans ce cas-ci, l'auteure présumée de l'agression est le type de résidente de FSLD auquel le jury du coroner faisait référence en avril 2005 dans sa discussion sur les établissements spécialisés comme solutions de remplacement des FSLD ordinaires pour les soins destinés aux résidents atteints de démence ou de déficience cognitive et présentant, de façon répétée, un comportement agressif. Aucun établissement de ce type n'existe à ce jour en tant que solution de remplacement des FSLD pour la population générale (il existe cependant une résidence de ce genre à Toronto pour les anciens militaires). La philosophie de soins pour une personne présentant ces caractéristiques au sein de l'actuel modèle de FSLD est fondée sur l'hypothèse que tous les comportements agressifs, même les plus agressifs, peuvent être prévenus et pris en charge dans un FSLD ce qui, de l'expérience du Comité, n'est en fait pas le cas. En l'absence de financement adéquat pour des soins individuels et continus ou pour des FSLD spécialisés destinés aux résidents atteints de démence et au comportement agressif, il est probable que les problèmes identifiés dans le cadre de ce cas, comme dans l'enquête effectuée en 2005, se reproduiront.

Recommandations :

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. Lors de l'identification d'un comportement agressif au sein d'un foyer de soins de longue durée, il est nécessaire de faire des efforts pour mettre le résident dans une chambre individuelle.
2. Chaque FSLD devrait avoir un protocole de prise de décision pour le transfert vers des soins plus spécialisés et plus intensifs. Un tel protocole pourrait comprendre la nature de l'agression physique, ou un nombre minimum d'incidents agressifs. Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir rapidement accès à des lits d'évaluation psychogériatrique spécialisée pour patients hospitalisés, il peut être nécessaire d'envoyer un résident de FSLD

agressif à l'hôpital régional pour une évaluation et une intervention en urgence. Ce plan de prise en charge exige la pleine coopération et l'engagement de l'hôpital, faute de quoi il est fort probable que le résident sera renvoyé directement du service d'urgence au FSLD.

3. Le MSSLD devrait prendre en considération la recommandation émise lors de l'enquête du coroner de 2005 d'établir des unités de soins de longue durée spécialisées pour les résidents atteints de démence et présentant, de façon répétée, un comportement physiquement agressif et dangereux. Une autre solution serait qu'un financement à long terme soit disponible, dans le cadre du Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux du MSSLD, pour les résidents dont le comportement physiquement agressif ne s'améliore pas avec les méthodes et les médicaments prescrits.
4. Le plan de prise en charge comportementale établi dans une unité spécialisée destinée aux patients hospitalisés devrait tenir compte des effectifs et des compétences du personnel des FSLD. Il devrait y avoir un transfert en douceur du résident d'un établissement à l'autre, favorisé dans l'idéal par une période initiale pendant laquelle le personnel du FSLD pourrait au besoin consulter le personnel hospitalier, en personne ou au téléphone.
5. Les FSLD devraient instituer un suivi comportemental des résidents traités par médicaments ou par d'autres modalités de prise en charge du comportement. Les doses médicamenteuses devraient être ajustées selon leur efficacité et selon les recommandations faites par les consultants spécialisés qui aident à cette prise en charge.

Cas : 2010-05

Numéro de dossier : 2009-10293

Problème :

Ce décès accidentel dans un FSLD a été soumis pour examen au Comité, car le coroner régional et le coroner régional principal pensaient qu'un tel examen pourrait permettre de formuler des recommandations utiles à la prévention de décès dans des circonstances semblables à l'avenir.

Résumé :

La défunte était une femme de 59 ans qui avait emménagé dans ce FSLD en 2003, à l'âge de 52 ans. Son état de santé incluait : une trisomie 21, une probable démence d'Alzheimer, un reflux gastro-œsophagien et une hypothyroïdie.

Avant son admission au FSLD en 2003, la patiente habitait chez elle avec sa mère. Elle était devenue agressive, physiquement et verbalement, avec sa mère, mais pas envers les autres fournisseurs de soins. Elle a ensuite été placée au FSLD, où elle est restée jusqu'à son décès en 2009.

La patiente a mis beaucoup de temps à s'acclimater à l'environnement du FSLD. Pendant les 6 à 9 premiers mois, elle avait du mal à dormir dans sa chambre, car elle avait peur, et elle était agressive envers les autres résidents. Elle avait tendance à errer et a, de ce fait, été placée dans une unité sécurisée. Le personnel a fait rapport d'un grand nombre de stratégies utilisées pour l'aider à s'ajuster au cadre du FSLD. Celles-ci ont finalement réussi et la patiente s'est adaptée.

En 2003, la patiente a fait une crise épileptique tonico-clonique, ou crise grand mal. Un tomodensitogramme cérébral d'investigation n'a mis en évidence aucune étiologie locale d'épilepsie. Il a été un peu difficile de maîtriser les crises de manière appropriée.

En 2005, la patiente est devenue moins mobile et passait de plus longues périodes alitée. En 2006, elle avait besoin de l'aide de deux personnes pour marcher. Sa déglutition s'est aussi détériorée et des orthophonistes ont procédé à de nombreuses évaluations pour mettre au point la texture la plus adaptée et la plus dénuée de risques pour son alimentation.

Entre le temps croissant passé au lit, son incontinence et son obésité, la patiente a commencé à présenter une atteinte cutanée, documentée dans le dossier en 2005. Son risque cutané était régulièrement évalué et elle était toujours placée dans la catégorie « à haut risque d'effraction cutanée ». En général, les épisodes cutanés prenaient la forme d'une rougeur, ou de plaies de niveau II sur la face interne des cuisses ou dans les plis cutanés des fesses ou de la partie supérieure des cuisses. Chaque épisode a été traité par pansements et a guéri. Il existait une « équipe de soin des plaies » pour conseiller le personnel du FSLD.

En 2008, la patiente était entièrement dépendante pour tous ses soins. On devait lui administrer son alimentation soigneusement modifiée et elle était lente à manger. On lui avait installé un fauteuil roulant spécial qui l'aidait à rester droite pendant qu'on la nourrissait. Les coussins du siège étaient fréquemment ajustés à la fois pour soulager la pression et pour empêcher la patiente de glisser en avant.

La patiente était vue régulièrement par des physiothérapeutes à la FSLD. Le principal but de la physiothérapie était de prévenir les contractures, et le traitement consistait en une série de mouvements à effectuer deux fois par semaine. Aucune note ne mentionnait de directives de positionnement élaborées à l'attention du personnel pour les longues périodes que la patiente passait au lit. Aucune note du personnel infirmier ou autre note d'évolution n'indiquait les stratégies ou les dispositifs de positionnement utilisés quand la patiente était au lit.

Le matin du 9 août 2009, la patiente a été trouvée couchée en position ventrale dans son lit, sans signes vitaux. Son visage était dans l'oreiller et il a été établi qu'elle s'était asphyxiée dans l'oreiller. Le dernier contrôle du personnel avait été effectué deux heures auparavant. Bien que cela n'ait été documenté par aucune des notes du personnel, la patiente avait été, selon le coroner et les rapports du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), en

position allongée sur le côté toute la nuit, une grande cale en mousse étant placée sous son dos et son pelvis pour éviter toute pression au niveau de la zone sacrée. Le dossier médical ne contenait aucune mention de plaies de pression au niveau de cette zone. L'hypothèse a été émise que la patiente avait fait une crise d'épilepsie et que, au cours de celle-ci, elle avait roulé sur le ventre pour se retrouver avec le visage dans l'oreiller.

Le rapport de conformité du MSSLD indique que la cale en mousse utilisée pour le positionnement de la patiente avait été essayée pour celle-ci un an auparavant et jugée dangereuse du fait de sa largeur excessive qui faisait rouler la patiente en position ventrale. Une fois sur le ventre, la patiente était incapable de changer de position sans aide. Cette information cruciale pour la sécurité de la patiente a été apparemment communiquée verbalement par l'infirmière de soin des plaies du FSLD au conseiller-inspecteur du ministère, qui a fait une visite inopinée au FSLD le 19 août 2009, soit 10 jours après le décès de la patiente. Aucune documentation écrite n'existait pour cet « essai » – que ce soit dans les dossiers de l'infirmière de soin des plaies ou sur la fiche de la patiente. Il semble que cette information concernant la sécurité de la patiente n'ait pas été transmise au personnel ou à la famille. La cale en mousse a continué à être utilisée jusqu'au moment du décès.

Le rapport de conformité du MSSLD a également noté qu'au moment de son décès, la patiente présentait une plaie de pression coccygienne. Celle-ci n'était pas documentée dans le dossier médical, pas plus que les éventuels traitements utilisés pour la prise en charge de cet ulcère.

Cause du décès établie : asphyxie de position

Circonstances du décès : accident.

Discussion :

Bien qu'il n'ait pas été effectué d'autopsie, il semble que la patiente soit décédée d'une asphyxie de position due à l'utilisation d'un dispositif de position qui l'a laissée passer en position ventrale dans son lit, de manière involontaire. Une fois en position ventrale, elle était incapable de se retourner d'elle-même pour respirer.

Rien n'existe dans la littérature sur la sécurité des dispositifs de positionnement dans le lit utilisés chez l'adulte. Une recherche de littérature médicale sur les bases de données MedLine et CINAHL, ainsi qu'une recherche d'information sur la sécurité de produits grand public et de publications d'organismes de prévention des accidents de patient n'a abouti à aucun rapport.

Il existe une situation semblable de sécurité avec le positionnement au lit des nourrissons, incapables de se retourner du fait qu'ils n'ont pas atteint cette étape de leur développement (généralement à l'âge de 5 à 6 mois). Les mises en garde quant aux risques d'utiliser des dispositifs de positionnement chez les nourrissons qui ne peuvent pas se retourner sont nombreuses, que ce soit dans la littérature professionnelle (par ex. dans les rapports de l'American Academy of Pediatrics Task Force) ou celle des consommateurs. Le consensus est

que les nourrissons en bonne santé ne devraient pas être mis au lit avec un dispositif de positionnement à cause du risque de rouler en décubitus ventral et d'être asphyxiés. Il existe également des recommandations supplémentaires : si un nourrisson est installé pour dormir sur le côté, le bras en position supérieure doit être ramené sur le matelas, probablement pour servir de cale, ou au moins empêcher le bébé de rouler complètement sur le ventre. Il est enfin fortement recommandé de garder tout le matériel mou (par ex. oreillers, édredons, jouets en peluche...) en dehors du lit du nourrisson à cause du risque de suffocation. Le même raisonnement pourrait s'appliquer aux personnes âgées qui ne peuvent pas changer de position dans leur lit par elles-mêmes.

Cette patiente était grabataire et dépendait complètement du personnel du FSLD quand elle était au lit, y compris pour se retourner et changer de position.

L'utilisation d'une cale en mousse pour le positionnement s'accompagne du risque que le patient roule sur son ventre dans une position qui restreint sa capacité de respirer. Ce risque est identique à celui des nourrissons, dont la capacité à faire des mouvements indépendants est également limitée. Si le dispositif avait été essayé un an avant le décès et jugé dangereux, une documentation et une communication de cet état de fait auraient pu empêcher ce décès.

Recommandations :

1. Le FSLD devrait examiner les normes en matière de documentation pour les soins et les traitements, particulièrement pour ce qui concerne les effractions cutanées.
2. L'asphyxie de position est un risque réel avec tout moyen de contention et certains dispositifs positionnels destinés aux patients. Avant d'utiliser de tels dispositifs, leurs risques devraient être bien compris et, au même titre que leurs avantages, discutés avec le patient (ou son mandataire spécial). Le personnel devrait être instruit de ces risques et des moyens d'y remédier avant d'utiliser ces dispositifs chez le patient.
3. Si la cale de position en mousse avait été utilisée un an avant le décès et jugée dangereuse, le FSLD devrait entreprendre un examen pour comprendre les étapes qui ont conduit à ce qu'elle soit encore utilisée pour cette patiente. Il devrait s'agir d'un examen approfondi, comme une « analyse par arbre de défaillances », et tous les facteurs contributifs relevés devraient être corrigés.

Cas : 2010-06

Numéro de dossier : 2009-13524

Problème :

Il s'agissait d'un examen obligatoire du fait que la défunte résidait dans un FSLD et que les circonstances du décès étaient celles d'un homicide.

Résumé :

L'examen concerne une femme de 81 ans résidente du FSLD depuis mars 2007. Ses diagnostics médicaux incluaient : insuffisance cardiaque congestive, diabète, arthrose avancée, dépression et anxiété, diminution de l'audition et de la vision, perte de mémoire, obésité et douleur lombaire chronique.

La résidente a été admise au FSLD en mars 2007. Les notes d'évolution fournies dans le cadre de l'examen commencent le 11 août 2009 et ont été prises de manière sporadique.

La résidente utilisait un déambulateur pour ses déplacements sur de courtes distances et un fauteuil roulant pour les distances plus longues. Elle était souvent récalcitrante, non complaisante et agressive envers le personnel au moment où les soins étaient prodigués. Elle dépendait du personnel pour aller dans le fauteuil roulant et en sortir, ainsi que pour d'autres activités de la vie quotidienne.

Le 16 octobre 2009, la résidente est entrée dans la chambre adjacente à la sienne et occupée par une autre personne. Une assistante personnelle privée a indiqué avoir entendu une dispute en provenance de la chambre. La résidente tenait une commande à distance de télévision et l'occupante de la chambre une poupée qui appartenait à la résidente. Une altercation a éclaté entre les deux femmes et la résidente a été blessée sous forme de contusions au front et à l'avant-bras gauche.

Les membres de la famille et le médecin traitant ont été prévenus et la résidente a été mise en observation étroite par le personnel. Elle semblait somnolente, mais a été facilement réveillée par le personnel qui appliquait la procédure habituelle des SLD pour les traumatismes crâniens. Son niveau de conscience a été évalué toutes les 15, 30 et 60 minutes. Les notes indiquent qu'elle était « désorientée – facile à éveiller ».

À 22 h 00, l'état de la résidente s'est aggravé et elle a vomi. Elle a été transférée à l'hôpital général régional après entretien avec les membres de sa famille. Le personnel a été informé le 17 octobre 2009 qu'elle était dans un état critique avec une hémorragie cérébrale doublée d'un œdème. Elle est par la suite décédée à l'hôpital le 19 octobre 2009.

Il a été déterminé que le décès a été causé par une hémorragie intracérébrale aiguë chez une femme atteinte d'un traumatisme crânien fermé et d'une maladie vasculaire cérébrale hypertensive.

Discussion :

La violence entre résidents âgés de foyers de soins de longue durée n'est pas rare. Parmi les facteurs qui peuvent contribuer à cette violence :

- Le nombre croissant de résidents de FSLD âgés et atteints de démence, qui présentent des comportements anormaux (agressifs);
- Les espaces de vie confinés qui doivent être partagés avec les autres résidents, ce qui peut favoriser l'« empiètement d'espace »;
- La quantité insuffisante de personnel de soins suffisamment formé à la prise en charge des résidents âgés atteints de démence et présentant des comportements anormaux.

Ce décès a fait l'objet d'une enquête par la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLC), ainsi que par le service de police régional.

Il a été déclaré que l'auteur de l'agression, soit l'occupante de la chambre, a admis avoir frappé la résidente. Elle a été placée sous personnel individuel par le biais du programme des besoins d'intensité élevée. Le conseiller-inspecteur a remarqué que l'auteur de l'agression avait des antécédents d'agression verbale envers d'autres résidents, dont la défunte.

Depuis ce cas, le foyer de soins de longue durée a rencontré le coroner régional principal et le service de police régional, et a mis en œuvre les changements de procédure suivants :

1. Tous les résidents qui ont subi des blessures à la suite d'une agression possible sont envoyés à l'hôpital, qu'ils veuillent ou non être réanimés.
2. Le FSLD a mis en place une équipe de prise en charge comportementale pour évaluer tous les résidents au plan du risque qu'ils représentent vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. La fiche des résidents à risque élevé, ainsi que les portes de leurs chambres comportent un point rouge, de manière à ce que tous les employés soient au courant. Ils sont évalués par un psycho-gériatre, et les mesures adéquates sont mises en place.
3. Des bandes contre l'errance sont placées en travers des portes pour empêcher les résidents d'entrer dans la chambre des autres, sans pour autant les empêcher de sortir de leur propre chambre.
4. Le FSLD a engagé un travailleur social dont la responsabilité est d'aider à mettre en œuvre la politique de prise en charge comportementale.

Recommandations

1. La politique et les procédures établies par le foyer de soins de longue durée en réponse à ce cas peuvent être utiles à d'autres établissements de SLD pour aider à réduire le risque de blessures entre résidents. Le FSLD pourrait envisager de communiquer ces procédures aux autres établissements.

Cas : 2010-07

Numéro de dossier : 2010-1130

Problème :

Le coroner chargé de l'enquête a fait part de préoccupations à propos des soins médicaux prodigués à ce résident d'un foyer de soins de longue durée avant son décès.

Résumé :

Il s'agit d'un homme de 73 ans qui n'a résidé dans un FSLD que durant les trois semaines précédant son décès, survenu le 2 février 2010. Ses antécédents médicaux incluaient : insuffisance veineuse compliquée d'épisodes antérieurs de cellulite, hypertension, bronchopneumopathie obstructive chronique, arthrose nécessitant des narcotiques de temps à autre, et épisodes d'insuffisance rénale aiguë en avril 2008.

En avril 2008, le défunt a été admis à l'hôpital général avec une cellulite et une diarrhée. À la suite d'un diagnostic d'insuffisance rénale aiguë, il a été transféré à l'hôpital de soins tertiaires en prévision de la dialyse nécessaire. Le diagnostic d'azotémie prérénale a été posé. La réhydratation a entraîné la normalisation des tests de fonction rénale. Il lui a été recommandé d'éviter les médicaments néphrotoxiques (le patient avait été sous anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS) et le patient a été de nouveau transféré à l'hôpital général pour la fin de ses soins. Il a ensuite été ramené chez lui.

Les 18 mois suivants, l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux et aux pansements compressifs n'a pas été exemplaire.

À l'automne 2009, il a été évalué par le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) en vue d'un placement en FSLD. Il était considéré capable de prendre cette décision.

En janvier 2010, le défunt a été admis au FSLD. L'évaluation du personnel infirmier lors de l'admission a noté qu'il sentait mauvais et était d'apparence négligée. Il avait les jambes rouges et enflées et présentait des plaies ouvertes sur les deux faces postérieures des cuisses et sur la fesse droite.

Pendant le séjour du patient au FSLD, lui prodiguer les soins posait un défi au personnel infirmier. Le défunt refusait souvent ses pansements compressifs et ses médicaments et ne se lavait pas convenablement. Il se déplaçait de manière indépendante dans son fauteuil roulant électrique, mais avait besoin d'assistance pour s'y installer. Il n'aimait pas avoir les jambes en position surélevée et a souvent refusé d'être positionné de manière à soulager la pression sur son escarre de décubitus. Il avait également un passé de remarques inadéquates à connotation sexuelle vis-à-vis du personnel féminin.

Le 20 janvier 2010, il a été noté que la culture d'un prélèvement effectué au niveau des plaies de jambe mettait en évidence le développement d'un *Pseudomonas aeruginosa* sensible à la ciprofloxacine et d'un *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline. Même si le patient était

afébrile et ne présentait pas de preuve documentée d'un chiffre de leucocytes élevé, une cure de ciprofloxacine et de Keflex[®] sur 10 jours a été débutée le 25 janvier 2010.

Avant l'instauration de ces antibiotiques, les jambes du défunt étaient si enflées et suintantes que le personnel du FSLD a voulu l'envoyer à l'hôpital, mais le patient a refusé. On pense que les inquiétudes du personnel infirmier concernant la détérioration de l'état des jambes du patient ont hâté la mise en route des antibiotiques malgré l'absence de symptômes et de signes d'infection systémique. Des ordonnances adéquates ont été rédigées pour les pansements, compressifs en particulier, mais le défunt est demeuré non-adhérent au traitement.

Un mini-examen de l'état mental (MMSE) a été réalisé auquel le défunt a eu une note de 19/30, ce qui suggérait l'existence d'une altération cognitive.

Le défunt a refusé de ne pas se tenir sur les fesses, ce qui a entraîné l'acquisition d'un coussin de gel pour son fauteuil roulant jusqu'à ce qu'il puisse être procédé à une évaluation formelle du siège du patient. Le 31 janvier 2010, un matelas anti-escarres a été prescrit du fait d'une plaie de décubitus au niveau de la fesse.

Le personnel infirmier a noté que le défunt présentait une douleur importante aux hanches et aux genoux, qui n'était pas soulagée par l'acétaminophène. Le 18 janvier 2010, du sulfate de morphine à libération prolongée a été prescrit, dont la dose a été augmentée le 30 janvier.

Le 31 janvier 2010, il a été prescrit un médicament contre la dépression.

Dans l'après-midi du 1^{er} février 2010, les niveaux de conscience et de compréhension du patient se sont soudainement altérés. Il a été noté qu'il n'avait ni mangé ni bu convenablement depuis 5 à 6 jours. Le 1^{er} février 2010, il n'a rien mangé du tout. Le personnel infirmier a noté que le patient était désorienté, que son élocution était embrouillée, et qu'il était incapable de formuler des phrases. Reconnaissant qu'il s'agissait d'un changement radical d'état, le personnel infirmier a immédiatement organisé le transfert du patient à l'hôpital général. La note rédigée pour le transfert soulignait le changement soudain de l'état clinique du patient et l'absorption orale relativement faible les quelques jours précédents. Un ensemble de documents détaillés, incluant les résultats de laboratoire, les notes et la liste des médicaments, faisait partie du dossier de transfert.

D'après les documents soumis pour cet examen, il apparaîtrait que le défunt est arrivé à la salle d'urgence, où il a été admis, mais qu'aucun examen de laboratoire n'a été réalisé et qu'aucune voie veineuse n'a été installée. Aucun document ne fait état d'un examen relevant les antécédents du patient et détaillant son état clinique.

Le jour suivant, soit le 2 février 2010, le médecin du FSLD d'où venait le défunt a pris en main la gestion des soins, prescrit tous les examens de laboratoire nécessaires et lancé une gestion dynamique des fluides ainsi qu'une antibiothérapie intraveineuse.

Peu de temps après cependant, le défunt a fait un arrêt cardiaque et, selon ses directives préalables, aucune réanimation cardiorespiratoire n'a été effectuée.

Une autopsie a été réalisée, qui a mis en évidence l'existence de reins œdématisés, d'un œdème pulmonaire ainsi que d'une congestion splénique et hépatique.

La cause du décès était une insuffisance rénale aiguë en raison d'une néphrotoxicité peut-être induite par les médicaments, chez un patient présentant une cellulite et une insuffisance veineuse chronique au niveau des jambes.

Recommandations :

1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que l'apparition d'un délire aigu chez une personne âgée constitue une urgence médicale. On ne saurait trop souligner l'importance de procéder à une évaluation rapide et complète et d'instaurer les interventions thérapeutiques adéquates. Cependant, même avec une prise en charge optimale, le taux de mortalité de ces patients demeure élevé.

Cas : 2010-08

Numéro de dossier : 2008-1464

Résumé :

La maison de repos où vivait le défunt comptait 46 résidents environ, répartis sur deux étages. La plupart des chambres étaient partagées par deux à quatre résidents. Un grand nombre de résidents présentaient des problèmes de santé mentale.

Le défunt était un homme de 74 ans qui résidait à la maison de repos depuis 1999. Le seul diagnostic officiellement répertorié était celui d'alcoolisme. Les commentaires des dossiers reçus indiquaient qu'il avait une arthrose et une hypertension légère et qu'il fumait depuis longtemps. Il était apparemment sous loxapine depuis longtemps également, pour « le calmer ». Il y avait par ailleurs dans le dossier des notes médicales éparses et illisibles et des notes du personnel infirmier de 4 à 6 mots environ chacune (par ex. « va bien ») tous les uns à deux mois.

Le défunt semble avoir été stable au plan médical et ne pas avoir consommé d'alcool les quelques temps précédant le jour de son décès. On ne sait pas s'il était suivi par un médecin de famille à l'extérieur ou s'il recevait ses soins médicaux primaires à la maison de repos.

L'auteur de l'agression était un homme de 34 ans atteint de schizophrénie chronique. Le Comité n'a pas eu accès à ses dossiers médicaux pour l'examen. Selon les rapports de police, il vivait à la maison de repos depuis un certain nombre de mois. L'un des rapports cependant indiquait qu'il vivait là depuis « deux ans ». Selon l'un des témoignages, celui d'un fournisseur de soins à la maison de repos, l'agresseur était censé prendre de la quétiapine « pour rester

calme », mais il « refusait régulièrement de la prendre ». Le fournisseur de soins pensait que, une semaine avant l'homicide, l'agresseur avait été renvoyé de la pizzeria où il travaillait. Aucun des dossiers fournis concernant l'agresseur ne faisait mention d'antécédents de comportement violent ou d'agression physique ou verbale avant la date de l'événement final. Le 18 février 2008, deux membres du personnel de la maison de repos étaient de garde pour la nuit. Le 17 février à 23 h 30, l'agresseur a pris un bol de céréales puis est allé au lit. Les vérifications habituelles dans les chambres ont eu lieu à 3 h 00 et à 4 h 30; tous les résidents semblaient dormir dans leur lit, l'agresseur compris. Le défunt, qui dormait toutes les nuits dans le même lit, y était également cette nuit-là.

Vers 5 h 00, les membres du personnel de la maison de repos ont entendu des bruits de coups violents et de chute à l'étage, et sont allés voir. Ils ont constaté que l'agresseur s'en prenait à un certain nombre de résidents, parmi lesquels la victime, se sont immédiatement cachés dans la cuisine et ont appelé le 911.

La police est intervenue et a trouvé le défunt gisant sans signes vitaux dans une grande mare de sang. Deux autres résidents présentaient des blessures importantes et ont été transportés à l'hôpital. Le défunt avait reçu de multiples blessures traumatiques fermées à la tête, au cou et au torse.

L'enquête a formellement identifié l'auteur des blessures subies par le défunt et les autres victimes. Les preuves incluaient la propre déclaration de l'agresseur et la confirmation par un témoin, ainsi que des preuves matérielles.

L'agresseur a été jugé criminellement responsable de ses actions et, de ce fait, coupable de meurtre au deuxième degré.

Résultats de l'autopsie :

La cause immédiate du décès a été identifiée comme étant des blessures fermées par attaque physique au niveau de la tête et du cou.

Circonstances du décès : homicide.

Discussion :

L'agresseur était un homme jeune atteint de schizophrénie qui, pour des raisons inconnues, a agressé plusieurs autres résidents de la maison de repos où il vivait. L'une des victimes a succombé à ses blessures et l'agresseur a été déclaré par la suite coupable de meurtre du deuxième degré.

Rien n'indique apparemment que l'agresseur ait manifesté un comportement anormal avant cette agression, malgré la déclaration que l'agresseur n'adhérait pas à son traitement neuroleptique.

Recommandations :

Aucune

Cas : 2010-09

Numéro de dossier : 2010-2371

Motif de l'examen :

La défunte était une résidente âgée d'un FSLD, admise à un hôpital de soins actifs le 18 janvier 2010 pour un choc septique. Les membres de la famille étaient inquiets quant aux soins prodigués à la maison de soins infirmiers durant les jours précédant le transfert à l'hôpital.

Résumé :

La patiente était une femme de 84 ans, résidente d'un FSLD. Elle présentait une hémiparésie gauche remontant à l'année 1970, soit de longue date, et conséquence de la rupture d'un anévrysme cérébral. Elle faisait bien face à la situation grâce à un fauteuil roulant et à des soins réguliers d'élimination. Elle souffrait par ailleurs d'une douleur chronique de la jambe gauche.

Le 11 janvier 2010, la patiente a commencé à se plaindre de nausées, signe précoce possible de l'infection urinaire identifiée par la suite. Le vendredi 15 janvier 2010, alors que ses nausées persistaient, une anorexie est apparue et la patiente a commencé à être confuse. Bien qu'il ait déjà été établi que la patiente puisse avoir une infection urinaire, aucune urine n'a été recueillie avant le lundi 18 janvier en raison de l'indisponibilité des services de laboratoire. Aucun traitement empirique n'a été instauré.

Le dimanche 17 janvier, l'état de la patiente a commencé à s'aggraver, avec une chute de sa pression artérielle et un changement de son état respiratoire. Le matin du 18 janvier, elle présentait une importante hypotension, un niveau réduit de conscience et une léthargie. Le personnel infirmier ne semble pas avoir compris la gravité de la situation et, ayant pris contact avec la secrétaire du médecin à son cabinet, attendait une évaluation et des conseils médicaux supplémentaires plus tard dans la journée. Après évaluation par le médecin dans l'après-midi du 18 janvier et identification de la gravité de l'état de la patiente, celle-ci a été immédiatement transférée à l'hôpital de soins actifs. Elle y a reçu un traitement énergique comportant des fluides intraveineux, des vasopresseurs, des antibiotiques et des soins intensifs. Elle souffrait d'une septicémie urinaire, d'une occlusion intestinale, d'une pneumonie du lobe inférieur gauche et d'une insuffisance cardiaque congestive. Elle a finalement été transférée dans un service d'hospitalisation, où elle est décédée dans son sommeil aux premières heures du 26 janvier 2010. Une ordonnance de non-réanimation avait été formulée.

Cet examen ne permet pas de déterminer si l'identification plus précoce de la septicémie de la patiente en aurait modifié l'issue.

Il semble que le personnel du FSLD n'ait pas reconnu la gravité des modifications de l'état de conscience et des signes vitaux de la patiente, alors même que ces modifications avaient été portées à son attention par la famille de la patiente.

Recommandations :

1. Il faudrait enseigner au personnel du FSLD les manifestations de la septicémie chez le sujet âgé. Dans les cas où des épreuves de confirmation ne peuvent être réalisées, il faut envisager un traitement empirique précoce.
2. Il faudrait établir des protocoles pour la prise en charge des résidents présentant des modifications aiguës de leur état.

Cas : 2010-10

Numéro de dossier : 2010-8314

Motif d'examen :

Il s'agit d'une femme de 85 ans aux antécédents de chutes fréquentes et présentant de manière permanente un risque élevé de chute, décédée d'un traumatisme crânien fermé à la suite d'une chute sur le sol du FSLD où elle vivait. Cette chute mortelle est survenue dans les deux premières semaines de sa résidence au FSLD.

Antécédents :

Lors de l'admission de la défunte au FSLD, son dossier médical comportait : démence d'Alzheimer; hypertension; hypothyroïdie; dépression; dorsalgie chronique; ostéoporose avec, antérieurement, des fractures de Pouteau-Colles aux deux avant-bras et, plus récemment, une fracture sus-condylienne de l'humérus gauche; alcoolisme (lors de l'admission au FSLD, la défunte buvait jusqu'à quatre verres de vin par jour, généralement coupés d'eau – elle devenait agitée si on lui refusait de consommer de l'alcool); et chutes fréquentes du fait d'une altération importante de l'équilibre et de la marche. (Elle tombait souvent à son domicile; c'est pourquoi la famille ne pensait pas pouvoir la laisser chez elle sans risque, ce qui a motivé son admission au FSLD).

Le 10 juin, la demande d'admission de la défunte au FSLD a été acceptée. Le travailleur social du foyer a rencontré les membres de la famille et noté leur inquiétude quant à la prévention des chutes. Diverses possibilités de prévention ont alors été envisagées avec eux.

La défunte a été admise au FSLD le 15 juin 2010. Le « programme de soins à l'admission », établi le 16 juin 2010, indiquait la nécessité qu'un membre du personnel assiste la patiente pour toutes les activités de la vie quotidienne et que les transferts soient surveillés en raison de son instabilité; il mentionnait aussi que la patiente devrait utiliser un déambulateur, mais que, bien

qu'elle en ait un à sa disposition, la patiente refusait de s'en servir, qu'elle avait des antécédents de chutes, que des côtés de lit devaient être mis en place pour sa sécurité, qu'elle présentait un risque d'errance, car elle tentait de sortir du foyer pour chercher son mari, et qu'elle refusait les soins, se trompait de chambre, et emballait ses affaires pour partir.

L'évaluation d'admission du médecin réalisée le 15 juin notait que la patiente avait le bras gauche dans un plâtre, qu'elle était confuse, mais calme, et que de multiples chutes étaient survenues. Une note du dossier médical, apparemment rédigée par une infirmière praticienne connaissant bien les antécédents de la patiente, recommandait du lorazépam pour gérer le retrait d'alcool.

Les jours suivants, plusieurs évaluations portant sur des aspects particuliers ont été faites par les membres du personnel infirmier. La défunte a été considérée comme étant à risque élevé de chutes, avec un score de 80 à l'échelle de Morse (plus le score est élevé, plus le risque l'est également, le score maximal étant de 125). Une évaluation du risque nutritionnel a également été faite par un diététicien et la défunte a été jugée à haut risque de déficiences nutritionnelles.

Un programme de soins officiel a été établi et inscrit au dossier le 17 juin 2010. Les sujets visés par ce plan étaient les suivants : nutrition (avec l'objectif d'une prise de poids); habillage, élimination et propreté, alimentation, bain, hygiène personnelle et transferts (tous nécessitant un minimum d'assistance); mobilité au lit et déambulation dans la chambre, dans le couloir et dans l'unité (de manière indépendante, ne nécessitant ni aide ni surveillance – il a été noté que la défunte avait besoin d'un déambulateur et qu'elle devait être encouragée à s'en servir); continence; ensemble de mouvements pour le bras gauche (physiothérapie pour améliorer la mobilité après le retrait du plâtre); contrôle de l'équilibre et de la marche (physiothérapie trois fois par semaine pour améliorer l'équilibre dynamique, le contrôle de la marche par des exercices spécifiques, et les limites de la marche); douleur; planification de soins avancés; soins cutanés; soins pour la démence et prise en charge du comportement. Le programme de soins ne prévoyait rien de particulier pour réduire le risque de chutes.

Lorsque le foyer a reçu les résultats de laboratoire, le diététiste a mis à jour le plan de soins, le 21 juin 2010. Des suppléments nutritionnels ont été ajoutés à cette prise en charge.

Une évaluation complète de physiothérapie a été faite le 21 juin 2010. Il a été noté que la défunte présentait une instabilité avec diminution de l'équilibre et marche désordonnée. L'équilibre en position debout sans bouger était médiocre dans le sens où la patiente était incapable de rester debout immobile sans être soutenue.

Durant ses premiers jours au foyer, la défunte n'a pas tenu en place et a présenté une légère agitation. Le FSLD a enregistré, heure par heure, le niveau d'agitation de la défunte sous forme de graphes. Son agitation semblait croître chaque soir entre 19 h et 22 h environ et prenait la forme d'une errance avec recherche de la sortie. Pour essayer de réduire le niveau d'agitation et l'errance, il lui a été administré 0,5 mg de lorazépam (au besoin) à ce moment de la journée, plusieurs jours de suite. Le 21 juin 2010, le médecin a prescrit une augmentation du lorazépam à 1 mg au coucher, au besoin. Il a encore été souvent noté que la défunte cherchait la sortie et errait dans les chambres des autres résidents.

Le matin du 23 juin 2010, vers 9 h 40, le personnel de l'unité a entendu un grand choc. La défunte a été trouvée étendue sur le sol, devant la porte de sa salle de bain, les pieds en direction du couloir. Elle ne se rappelait pas comment elle était tombée. Un hématome a été noté à la partie supérieure droite du cuir chevelu. Elle était consciente, a demandé son mari et essayé de se lever. Les services d'urgence ont été appelés et la patiente a été transportée à la salle d'urgence de l'hôpital général régional de soins actifs. Il a été noté dans le dossier que le tomodensitogramme cérébral en salle d'urgence montrait «une importante contusion parenchymateuse du lobe temporal gauche et un hématome sous-dural du côté gauche, d'une largeur de 0,3 cm. Il existe une petite hémorragie sous-arachnoïdienne dans la scissure sylvienne gauche. Il n'y a pas de déplacement de la ligne médiane et les ventricules ne sont pas dilatés. Il existe un gros hématome du cuir chevelu sur le côté pariétal droit ».

La patiente a été admise à l'unité de soins palliatifs pour patients hospitalisés, où elle est décédée 11 jours plus tard, soit le 4 juillet 2010.

Le MSSLD a conduit une investigation sur plainte les 20 et 21 juillet 2010. Le rapport a été publié le 31 août 2010 et portait sur quatre questions de non-conformité; toutes les questions identifiées étaient liées à l'absence d'un plan de soins propre à la patiente pour prévenir les chutes et les lésions.

Discussion :

Les chutes constituent un problème courant chez les résidents de FSLD. Selon les résultats d'études menées à ce sujet, plus de 50 % des résidents de FSLD tombent une fois par an et plus de 40 % plus d'une fois. Même avec ces pourcentages élevés, il se peut que la prévalence des chutes dans les FSLD soit encore sous-estimée. Devant l'impérieuse nécessité de régler ce problème, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et les FSLD de l'Ontario ont élaboré des stratégies pour atténuer le risque de chutes et prévenir les blessures qui leur sont liées. Un article récent du British Medical Journal (2008)¹ a rapporté que des examens systématiques et des métaanalyses d'essais randomisés indiquent que 15 % au moins des chutes du sujet âgé peuvent être prévenues, des essais ponctuels rapportant par ailleurs des taux de réduction des chutes allant jusqu'à 50 %. Les essais randomisés utilisaient soit une stratégie unique d'intervention (comme l'exercice), soit des programmes préventifs multifactoriels qui comprenaient en même temps une évaluation et une réduction des facteurs de risque prédisposants et circonstanciels. La preuve scientifique de l'efficacité est la plus élevée pour les exercices visant à améliorer la force et l'équilibre, suivis de la diminution du nombre de psychotropes et de leurs doses, de la supplémentation en vitamine D et en calcium ainsi que, dans les populations à risque élevé, l'évaluation et la modification des dangers au domicile ».

Les médicaments prescrits à cette résidente augmentaient significativement son risque de chutes. Elle avait pris la plupart de ces médicaments pendant de longues années avant d'être

¹ Jarvinen TL et coll. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ* 2008; 336:124 (Publié le 17 janvier 2008)

admise au FSLD. Parmi les médicaments qu'elle prenait, quatre classes médicamenteuses sont reconnues pour augmenter le risque de chute :

- les *benzodiazépines*, pour prévenir les symptômes de sevrage alcoolique dans le cadre d'un alcoolisme grave;
- les *narvotiques* (6 mg d'hydromorphone par jour), probablement pour la douleur liée à sa fracture du coude gauche;
- les *antidépresseurs ISRS* – il est bien établi que ces médicaments sont associés à un risque accru de chutes;
- les médicaments ayant des propriétés *anticholinergiques* (ranitidine) – ils peuvent entraîner une hypotension orthostatique et ainsi accroître le risque de chutes.

En règle générale, un programme de soins destiné à prévenir les chutes et les blessures qui leur sont liées devrait comprendre :

- une évaluation approfondie du résident, pour déterminer tous les facteurs de risque;
- des stratégies pour réduire, voire éliminer, les risques jugés modifiables;
- une amélioration de la force, de l'équilibre et de la marche par un traitement ciblé, et des stratégies de prévention des lésions en cas de chute.

Le programme devrait inclure un entretien avec le résident ou son mandataire spécial à propos des risques de chutes, mais aussi à propos du fait qu'il n'est *pas possible* de prévenir toutes les chutes. Dans le cas présent, une partie du problème est lié à la conviction apparente des membres de la famille que leur femme/mère risquerait moins de faire une chute au FSLD qu'à son domicile, ou qu'il serait possible de prévenir ses chutes dans 100 % des cas. Le 10 juin, le travailleur social a consigné au dossier une discussion avec les membres de la famille concernant les attentes réalistes que l'on pouvait avoir quant à la prévention des chutes. Il fallait envisager des solutions de remplacement à la liberté de mouvement et en examiner les risques et les avantages avec la résidente et son mandataire. Dans l'idéal, l'ensemble de ces données devait être rassemblé sous la forme d'une présentation structurée et cohérente, qui constituerait un programme de soins pour la « prévention des chutes et des lésions qui leur sont liées ».

Pour cette résidente de FSLD, toutes les composantes individuelles d'un plan de prévention des chutes étaient en place, bien qu'elles n'aient pas été colligées dans un « programme de soins pour la prévention des chutes ». Ces composantes incluaient la collecte d'informations auprès de la famille, une consultation officielle de physiothérapie, une évaluation de la démarche et de l'équilibre, et la prescription d'une aide à la marche adéquate.

Même en limitant au maximum les facteurs de risque, la probabilité de chute de la patiente serait restée élevée. Chaque fois qu'elle marchait, son risque de chute était supérieur à 75 %. La plupart des études d'interventions multiples pour réduire le risque de chute font état, au mieux, d'une efficacité de 35 % de réduction de ce risque.

Une solution de remplacement aurait pu être de mettre la résidente dans un fauteuil roulant muni d'une ceinture de contention. Cela aurait réduit son risque de chute tout en lui

permettant de se déplacer de manière indépendante. Cependant, il est également reconnu que les résidents sous contention sont aussi plus susceptibles de tomber quand ils se déplacent après que la contention a été supprimée; l'avantage de cette solution de remplacement n'aurait donc pas été certain.

La défunte était tellement à risque de chute, et ses antécédents de chutes étaient si lourds, qu'une autre chute était inévitable et probablement impossible à prévenir. Si la défunte avait été confinée dans un fauteuil roulant, et même sous surveillance, son risque de chutes serait resté important.

Recommandations

Aucune

Cas : 2010-11

Numéro de dossier : 2009-1426

Motif de l'examen :

Des inquiétudes ont été soulevées quant à la consignation au dossier d'un patient d'évaluations menées par le personnel infirmier et les services médicaux d'urgence.

Résumé :

Le défunt était un homme de 73 ans aux antécédents médicaux suivants : accident vasculaire cérébral (2005), craniotomie pour hématome sous-dural (2004), épilepsie, hypertension, régurgitation mitrale, et consommation excessive d'alcool.

Au moment de son décès, le défunt prenait les médicaments suivants : vitamine B12 1000 µg par mois, énalapril 5 mg deux fois par jour, métoprolol 75 mg deux fois par jour, phénytoïne 100 mg tous les matins et 150 mg le soir, thiamine 100 mg par jour, atorvastatine 20 mg par jour et Ativan© (lorazépam) sublingual 1 mg en cas de nécessité.

Le défunt est devenu résident de la maison de retraite le 6 novembre 2008. Aucun dossier ne mentionne la raison pour laquelle il a décidé d'emménager dans l'établissement. Le loyer de son unité incluait le ménage, les repas, les activités sociales, le changement du linge de maison, ainsi qu'une sonnette pour appeler une aide infirmière en urgence à n'importe quel moment. Les autres soins infirmiers, dont l'administration des médicaments, n'étaient pas inclus dans la formule de base, mais pouvaient être ajoutés. Un médecin venait à l'établissement pour voir les patients, mais il ne s'agissait pas d'un médecin attaché à l'établissement et il ne prenait pas automatiquement en charge les soins primaires de tous les résidents.

Le défunt a passé une commande d'alcool à livrer à sa chambre le 22 janvier 2009. Il s'agit de la seule livraison d'alcool connue. Vers 19 h 15, le résident de la chambre située au-dessus de celle du patient a entendu un bruit de chute, qu'il a signalé au personnel. Le défunt a été trouvé sur le sol, juste à l'entrée de la salle de bain. Il a été noté qu'il n'avait ni dîné, ni soupé et, dans un deuxième temps, qu'il n'avait probablement pas pris ses médicaments. Il sentait l'alcool et paraissait état d'ébriété. Il a reçu de l'aide pour se mettre au lit et les infirmières sont venues vérifier son état durant la nuit, sans toutefois inscrire quoi que ce soit dans son dossier. La famille a été informée de l'incident et, à sa demande, l'alcool a été retiré.

Vers 11 h, le jour suivant, soit le 23 janvier 2009, il a été observé que le résident avait vomi au lit. Sa toilette a été faite et les services médicaux d'urgence ont été appelés. Le personnel paramédical a procédé à une évaluation complète et a été d'accord avec le souhait catégorique du patient de ne pas être envoyé à l'hôpital. Cette évaluation n'a cependant pas porté sur la mobilité du patient. Le rapport qui a suivi n'a pas été immédiatement disponible lors du premier examen du coroner et les notes du personnel infirmier concernant l'incident n'ont été ajoutées au dossier que le 6 février 2009. Ce retard apporté à la consignation des faits a rendu l'évaluation initiale et l'investigation de ce cas plus compliquées.

Le soir du 23 janvier 2009, il est devenu plus difficile d'éveiller le patient et les services médicaux d'urgence ont de nouveau été appelés. Le patient a été transporté à l'un des hôpitaux de soins aigus régionaux (qui a été changé pour un hôpital plus proche quand une arythmie est survenue dans l'ambulance). L'évaluation a montré que le défunt avait une hémorragie cérébrale massive et il a été rapidement transféré à un hôpital régional plus important, qui assurait des soins neurochirurgicaux.

Il a été traité à l'unité de soins intensifs, mais à l'issue d'un entretien avec les membres de la famille, le personnel responsable du traitement a fait le choix de ne pas prendre de mesure exceptionnelle, et le patient est décédé le 26 janvier 2009. Aucune autopsie n'a été effectuée.

Cause immédiate du décès : hémorragie intracrânienne.

Circonstances du décès : accident.

Discussion :

Les problèmes suivants concernant le défunt avant l'issue finale ont été identifiés :

1. Coût de l'administration des médicaments par des infirmières – cette option n'a pas été prise;
2. Impossibilité de changer le médecin de soins primaires du patient pour celui qui venait à l'établissement. Le précédent médecin de famille du défunt l'avait apparemment qualifié d'« alcoolique »;
3. Absence de physiothérapie — une note rapporte que le CASC devait intervenir dans la question des aides à la marche, mais rien de plus dans le dossier.

Aucun dossier n'a été fourni pour vérifier ces points préoccupants. Bien que la maison de retraite n'offrait pas des services infirmiers universels, les évaluations par le personnel infirmier auraient dû être consignées au dossier en temps plus opportun.

L'absence des signes de traumatisme et l'importance du saignement laissent entendre que les hémorragies cérébrales ont constitué l'événement primaire. Les six heures écoulées entre le premier appel et le second pour obtenir les services médicaux d'urgence n'auraient donc eu aucune incidence sur l'issue de ce cas.

Le formulaire standard d'évaluation par les services médicaux d'urgence ne comporte pas d'évaluation facultative de la mobilité. Une telle évaluation n'aurait pas changé l'issue de ce cas, mais elle pourrait, dans de nombreux autres cas, chez des patients plus âgés, fournir des renseignements utiles quant à la nécessité d'une évaluation par le service de l'urgence.

Recommandations :

1. Même dans les maisons de retraite, le personnel infirmier s'occupant d'un patient devrait consigner ses évaluations dans le dossier en temps opportun.
2. Les services médicaux d'urgence devraient envisager d'ajouter une exploration facultative de la mobilité à leur formulaire standard d'évaluation.

Annexe A

Analyse des recommandations 2004 - 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre total de cas examinés	25	28	27	17	18	20	11
Nombre total de recommandations formulées	67	59	71	35	46	39	22
Nombre de cas et de recommandations en fonction du domaine problématique (Remarque : les cas peuvent présenter plusieurs domaines problématiques)							
Gestion des soins médicaux et infirmiers	14	12	10	8	7	7	7
Nombre de cas avec ce domaine	56 %	43 %	37 %	47 %	39 %	35 %	64 %
problématique :	22	22	30	17	12	15	12
% du total des cas :	33 %	37 %	42 %	48 %	26 %	39 %	54 %
Nombre de recommandations :							
% du total des recommandations :							
Communication et documentation	9	7	6	4	6	3	3
Nombre de cas avec ce domaine	36 %	25 %	22 %	24 %	33 %	15 %	27 %
problématique :	13	9	8	6	7	6	3
% du total des cas :	19 %	15 %	11 %	17 %	15 %	15 %	14 %
Nombre de recommandations :							
% du total des recommandations :							
Usage des médicaments chez les personnes âgées	7	5	8	3	5	4	1
Nombre de cas avec ce domaine	28 %	18 %	30 %	18 %	28 %	20 %	9 %
problématique :	9	8	14	3	6	6	4
% du total des cas :	13 %	14 %	20 %	9 %	13 %	15 %	18 %
Nombre de recommandations :							
% du total des recommandations :							
Procédures d'admission, de sortie et de transfert	3	3	3	1	1	0	0
Nombre de cas avec ce domaine	12 %	11 %	11 %	6 %	6 %		
problématique :	3	4	4	2	2		
% du total des cas :	4 %	7 %	6 %	6 %	4 %		
Nombre de recommandations :							
% du total des recommandations :							
Détermination de la capacité et accord de traitement / décision de ne pas ranimer	2	2	0	0	0	0	0
Nombre de cas avec ce domaine	8 %	7 %					
problématique :	1	3					
% du total des cas :	2 %	5 %					
Nombre de recommandations :							
% du total des recommandations :							
Moyens de contention	0	0	1	1	0	0	1
Nombre de cas avec ce domaine	Sans	Sans objet	4 %				9 %
problématique :	objet	0	4				1
% du total des cas :	0	Sans objet	6 %	6 %			5 %
Nombre de recommandations :	Sans objet						
% du total des recommandations :							
Secteur des soins actifs ou de longue durée, y compris le MSSLD							
Nombre de cas avec ce domaine							
problématique :	12	12	9	4	10	6	2
% du total des cas :	48 %	25 %	33 %	24 %	56 %	30 %	(18 %)
Nombre de recommandations :	14	10	10	7	17	12	2
% du total des recommandations :	21 %	17 %	14 %	20 %	37 %	31 %	(9 %)

Annexe B

Résumé des recommandations – Cas examinés en 2010

Cas	Domaine visé par la recommandation	Recommandation(s)
2010-01	Usage de médicaments	1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que, chez les patients âgés prenant des opioïdes et présentant une diarrhée, le chlorhydrate de lopéramide ne devrait pas être prescrit avant que l'existence d'une constipation n'ait été exclue.
	Usage de médicaments	2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que le diménhydrinate est un médicament dont l'emploi est rarement indiqué chez les sujets âgés placés dans un établissement ou hospitalisés. L'association de diménhydrinate et d'autres médicaments psychoactifs ou anticholinergiques peut entraîner le développement d'interactions médicamenteuses potentiellement graves et aux issues indésirables.
		3. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'user de prudence lors de la prescription d'opioïdes chez des patients âgés présentant une douleur chronique. Pour essayer de réduire au minimum les doses d'opioïde indispensables à la maîtrise de la douleur, l'emploi d'interventions non pharmacologiques et de médications non narcotiques comme l'acétaminophène devrait être envisagé en première intervention.
	Usage de médicaments	4. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que la toxicité potentielle des médications opioïdes peut être accrue par l'emploi concomitant d'autres médicaments psychoactifs.
2010-02		1. Tous les foyers de soins de longue durée autorisés de l'Ontario devraient élaborer une politique et une méthode pour garantir la notification aux médecins, en temps opportun, des incidents comportant une chute de patients âgés.
		2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé s'occupant de patients âgés malades et fragiles que le défaut d'alimentation orale,

		particulièrement liquidienne, peut entraîner rapidement l'apparition d'une déshydratation et d'une azotémie, même en l'absence de maladie fébrile.
2010-03	Gestion des soins médicaux et infirmiers	1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance de la mobilisation précoce chez les sujets âgés fragiles qui présentent une fracture.
	Gestion des soins médicaux et infirmiers	2. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que la pose d'une sonde urinaire à demeure n'est généralement pas indiquée chez les personnes âgées qui présentent une fracture, mais pas de rétention d'urine. La pose d'une sonde urinaire à demeure peut entraîner des complications liées à l'immobilité, elles-mêmes à l'origine d'une morbidité accrue pouvant aller jusqu'au décès des patients.
2010-04	Gestion des soins médicaux et infirmiers	1. Lors de l'identification d'un comportement agressif au sein d'un foyer de soins de longue durée, il est nécessaire de faire des efforts pour mettre le résident dans une chambre individuelle.
	Gestion des soins médicaux et infirmiers	2. Chaque FSLD devrait avoir un protocole de prise de décision pour le transfert vers des soins plus spécialisés et plus intensifs. Un tel protocole pourrait comprendre la nature de l'agression physique, ou un nombre minimum d'incidents agressifs. Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir rapidement accès à des lits d'évaluation psychogériatrique spécialisée pour patients hospitalisés, il peut être nécessaire d'envoyer un résident de FSLD agressif à l'hôpital régional pour une évaluation et une intervention en urgence. Ce plan de prise en charge exige la pleine coopération et l'engagement de l'hôpital, faute de quoi il est fort probable que le résident sera renvoyé directement du service d'urgence au FSLD.
	Secteur des soins actifs ou de longue durée	3. Le MSSLD devrait prendre en considération la recommandation émise lors de l'enquête du coroner de 2005 d'établir des unités de soins de longue durée spécialisées pour les résidents atteints de démence et présentant, de façon répétée, un comportement physiquement agressif et dangereux. Une autre solution serait qu'un financement à long terme soit disponible, dans le cadre du Fonds d'aide à la prestation de soins

	Gestion des soins médicaux et infirmiers	spéciaux du MSSLD, pour les résidents dont le comportement physiquement agressif ne s'améliore pas avec les méthodes et les médicaments prescrits.
	Gestion des soins médicaux et infirmiers	4. Le plan de prise en charge comportementale établi dans une unité spécialisée destinée aux patients hospitalisés devrait tenir compte des effectifs et des compétences du personnel des FSLD. Il devrait y avoir un transfert en douceur du résident d'un établissement à l'autre, favorisé dans l'idéal par une période initiale pendant laquelle le personnel du FSLD pourrait au besoin consulter le personnel hospitalier, en personne ou au téléphone. 5. Les FSLD devraient instituer un suivi comportemental des résidents traités par médicaments ou par d'autres modalités de prise en charge du comportement. Les doses médicamenteuses devraient être ajustées selon leur efficacité et selon les recommandations faites par les consultants spécialisés qui aident à cette prise en charge.
2010-05	Gestion des soins médicaux et infirmiers Usage de moyens de contention Gestion des soins médicaux et infirmiers	1. Le FSLD devrait examiner les normes en matière de documentation pour les soins et les traitements, particulièrement pour ce qui concerne les effractions cutanées. 2. L'asphyxie de position est un risque réel avec tout moyen de contention et certains dispositifs positionnels destinés aux patients. Avant d'utiliser de tels dispositifs, leurs risques devraient être bien compris et, au même titre que leurs avantages, discutés avec le patient (ou son mandataire spécial). Le personnel devrait être instruit de ces risques et des moyens d'y remédier avant d'utiliser ces dispositifs chez le patient. 3. Si la cale de position en mousse avait été utilisée un an avant le décès et jugée dangereuse, le FSLD devrait entreprendre un examen pour comprendre les étapes qui ont conduit à ce qu'elle soit encore utilisée pour cette patiente. Il devrait s'agir d'un examen approfondi, comme une « analyse par arbre de défaillances », et tous les facteurs contributifs relevés devraient être corrigés.

2010-06	Communication et documentation	1. La politique et les procédures établies par le foyer de soins de longue durée en réponse à ce cas peuvent être utiles à d'autres établissements de SLD pour aider à réduire le risque de blessures entre résidents. Le FSLD pourrait envisager de communiquer ces procédures aux autres établissements.
2010-07	Gestion des soins médicaux et infirmiers	1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que l'apparition d'un délire aigu chez une personne âgée constitue une urgence médicale. On ne saurait trop souligner l'importance de procéder à une évaluation rapide et complète et d'instaurer les interventions thérapeutiques adéquates. Cependant, même avec une prise en charge optimale, le taux de mortalité de ces patients demeure élevé.
2010-08		Aucune recommandation.
2010-09	Gestion des soins médicaux et infirmiers Communication et documentation	1. Il faudrait enseigner au personnel du FSLD les manifestations de la septicémie chez le sujet âgé. Dans les cas où des épreuves de confirmation ne peuvent être réalisées, il faut envisager un traitement empirique précoce. 2. Il faudrait établir des protocoles pour la prise en charge des résidents présentant des modifications aiguës de leur état.
2010-10		Aucune recommandation.
2010-11	Communication et documentation Gestion des soins médicaux et infirmiers	1. Même dans les maisons de retraite, le personnel infirmier s'occupant d'un patient devrait consigner ses évaluations dans le dossier en temps opportun. 2. Les services médicaux d'urgence devraient envisager d'ajouter une exploration facultative de la mobilité à leur formulaire standard d'évaluation.