



MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ COMMUNAUTAIRE ET DES SERVICES CO

Ministry of Community Safety and Correctional Services :: Rapport annuel 2012



Bureau du coroner en chef

Publications et Rapports

Rapport annuel 2012 du Comité d'examen des décès en matière de soins
gériatriques et de longue durée

[Message du président](#)

[Résumé](#)

[Composition du Comité](#)

[Chapitre un : Introduction](#)

[Chapitre deux : Examen des cas et recommandations \(2004 – 2012\)](#)

[Chapitre trois : Résumé de l'examen des cas en 2012](#)

[Chapitre quatre : Examen de cas – 2012](#)

[2012-01](#)

[2012-02](#)

[2012-03](#)

[2012-04](#)

[2012-05](#)

[2012-06](#)

[2012-07](#)

[2012-08](#)

[2012-09](#)

[2012-10](#)

[2012-11](#)

[2012-12](#)

[2012-13](#)

[2012-14](#)

[2012-15](#)

[2012-16](#)

[2012-17](#)

[2012-18](#)

[2012-19](#)

[2012-20](#)

[Chapitre cinq : Leçons à tirer des examens du Comité](#)

Message du président

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de 2012 du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (le Comité). Chaque année, parmi tous les décès de personnes âgées examinés par le Bureau du coroner en chef (BCC), les coroners régionaux principaux relèvent des lacunes dans un faible pourcentage des dossiers et les portent à l'attention du Comité, qui fournit des examens d'experts et des recommandations depuis plus de 20 ans. La publication de ce rapport annuel permet de diffuser les renseignements issus de ces examens aux fournisseurs de services de la province. Notre rôle consiste à leur fournir des renseignements qui permettront de faire ressortir les points à améliorer dans leurs processus, en vue de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

C'est un honneur de contribuer au travail du Comité, et je tiens à remercier ses membres pour leur dévouement envers la population de l'Ontario.

J'aimerais également souligner l'appui de M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités, sans qui les travaux du Comité et la rédaction du rapport ne seraient pas possibles.

Roger Skinner, M.D., C.C.M.F. (MU)

Coroner régional principal

Président du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

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 gériatrie, la gérontologie, la médecine familiale, la psychiatrie, les soins infirmiers, la pharmacologie, la médecine d'urgence et les services aux personnes âgées.
 - En 2012, le Comité a examiné 20 cas totalisant 21 décès et formulé 58 recommandations visant à prévenir d'autres décès. Parmi les 20 cas examinés, 5 n'ont donné lieu à aucune recommandation.
-
- Nombre total de cas examinés : 20
 - Nombre total de décès examinés : 21
 - Modes de décès :
 - Mort naturelle 5
 - Accident 11
 - Homicide 3
 - Indéterminé 2
 - Suicide 0

* Dans le cadre d'une enquête du coroner, un « homicide » suppose qu'une personne cause la mort d'une autre personne; aucun verdict de culpabilité ou de responsabilité n'est rendu.

- Voici les principales lacunes relevées par le Comité en 2012 :
 - gestion des services médicaux et des soins infirmiers;
 - usage des médicaments chez les personnes âgées;
 - communication entre professionnels de la santé à propos des personnes âgées;
 - usage de moyens de contention chez les personnes âgées;
 - documentation par les médecins et le personnel infirmier.

Composition du Comité (2012)

D^r Roger Skinner
Coroner régional principal, président du Comité

M^{me} Kathy Kerr
Directrice de la gestion des comités

M^{me} Elaine Akers
Pharmacienne

D^{re} Barbara Clive
Géiatre

M^{me} Sheila Driscoll
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

D^r Sid Feldman
Médecin de famille

D^{re} Margaret Found
Médecin de famille et coroner

D^{re} Heather Gilley
Gériatre

D^r Barry Goldlist
Gériatre

D^r Mark Lachmann
Psychiatre spécialisé en gériatrie

M^{me} Margaret Leaver-Power
Diététicienne

M^{me} Anne Stephens
Infirmière clinicienne spécialisée

Chapitre un

Introduction

Mandat

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (« le Comité ») a été créé en 1989 afin 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, de services gériatriques ou de soins de longue durée, ainsi qu'à formuler des recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances similaires.

Buts et objectifs

Les buts et objectifs du Comité sont les suivants :

1. Aider les coroners de la province de l'Ontario à mener leurs investigations sur le décès de personnes qui reçoivent des soins gériatriques ou qui résident dans un foyer de soins de

longue durée (FSLD) et formuler des recommandations qui pourraient prévenir des décès dans des conditions similaires;

2. Procéder à un examen d'experts des soins prodigués aux personnes âgées ou aux personnes recevant des soins gériatriques ou de longue durée en Ontario;
3. Produire un rapport annuel qui est mis à la disposition des médecins, du personnel infirmier, des fournisseurs de soins, des organismes de services sociaux et d'autres personnes intéressées en vue de prévenir des décès;
4. 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 de prévention appropriées;
5. Aider à repérer les facteurs de risque, les tendances et les profils relevés à partir des cas examinés afin de formuler des recommandations ayant trait à des stratégies efficaces d'intervention et de prévention;
6. Effectuer et promouvoir la recherche, s'il y a lieu;
7. Encourager les activités de formation en relevant les problèmes ou les questions systémiques :
 - en les communiquant aux organismes appropriés pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent;
 - en guidant, au besoin, l'élaboration de protocoles visant la prévention;
 - en publiant, au besoin, de l'information pédagogique.

Remarque : Tous les objectifs et les activités du Comité décrits ci-dessus doivent respecter les limites imposées par la *Loi sur les coroners (Ontario)*, paragraphe 18 (2), 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 gérontologie, la pharmacologie, la médecine familiale, la médecine d'urgence, la psychiatrie, les soins infirmiers 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 types d'établissements 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 et un coroner en chef adjoint. 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 particulière peuvent être invitées à participer aux réunions du Comité (p. ex., des coroners enquêteurs, des coroners régionaux principaux, des membres du corps policier ou des spécialistes d'autres disciplines en lien avec le cas examiné).

La composition du Comité est examinée régulièrement par son président et le Coroner en chef, sur demande.

Méthodologie

Les cas sont soumis au Comité par les coroners régionaux principaux lorsqu'une expertise ou des connaissances particulières sont nécessaires aux fins de l'enquête du coroner ou lorsque des problèmes ou interrogations d'importance ont été soulevés par la famille, le coroner enquêteur, le coroner régional principal ou d'autres personnes concernées. Tous les cas d'homicide qui surviennent dans un FSLD doivent faire l'objet d'un examen du Comité.

Le dossier remis par le coroner régional principal 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 président du Comité envoie le rapport au coroner régional principal qui a soumis le cas et qui peut, au besoin, approfondir l'enquête.

Lorsqu'un cas présente un conflit d'intérêts potentiel ou réel 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 en conflit d'intérêts.

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

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 par l'intermédiaire de son président. Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Cependant, des efforts sont déployés pour obtenir les données disponibles pouvant servir à l'enquête. Enfin, le Comité n'a pas le mandat de rouvrir une autre enquête (p. ex., procédure criminelle) ayant été menée par le passé.

Les renseignements recueillis et examinés par le Comité ainsi que son rapport final ne servent qu'aux fins de l'enquête du coroner, conformément à l'article 15 (4) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, dans sa version modifiée.

Tous les renseignements obtenus dans le cadre des enquêtes du coroner et transmis au Comité sont assujettis aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements

personnels de la *Loi sur les coroners* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario. À moins de la tenue d'une enquête sur un ou des décès particuliers, et jusqu'à la tenue de cette enquête, les intérêts des défunts en matière de confidentialité et de respect des renseignements personnels et des personnes concernées par les circonstances du décès prévaudront. Par conséquent, les rapports individuels, de même que les comptes-rendus de réunion d'examen et tout autre document ou rapport produit par le Comité, sont confidentiels et ne seront pas rendus publics.

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité qui reconnaît ces intérêts et restrictions.

Les membres du Comité n'expriment aucune opinion sur les cas examinés ailleurs que 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, réel ou perçu, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

Les rapports médicaux, les versions préliminaires et définitives des rapports, de même que les procès-verbaux des réunions, sont des documents confidentiels.

Le rapport annuel 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. Il présente des résumés de cas qui ont été rédigés de sorte qu'aucun renseignement identificatoire ne soit divulgué sur les personnes défuntes, celles ayant participé aux soins ou impliquées dans les circonstances du décès et les établissements concernés.

Recommandations

L'un des principaux objectifs du Comité consiste à formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Le président du Comité transmet ensuite ces recommandations aux agences et aux organismes intéressés.

On demande à ces agences et organismes de fournir une réponse à la directrice de la gestion des comités concernant la mise en œuvre de ces recommandations dans l'année qui suit. De façon semblable aux recommandations découlant des enquêtes du coroner, les recommandations formulées par le Comité ne sont pas juridiquement contraignantes, et les agences et organismes concernés ne sont pas tenus de les appliquer ou d'y répondre.

Chapitre deux

Examen des cas et recommandations (2004 à 2012)

Au fil des ans, le Comité a repéré des domaines problématiques précis qui ressortaient systématiquement :

- Gestion des soins médicaux et infirmiers;
- Communications et documentation;
- Usage des médicaments chez les personnes âgées;
- Usage de 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 (MSSLD).

La **figure 1** présente une analyse des cas (par domaine problématique) examinés par le Comité entre 2004 et 2012. Comme certains cas peuvent toucher plusieurs domaines problématiques, il est possible que plus d'un domaine soit rattaché à un cas. Remarque : Dans la figure suivante et dans les autres figures, les nombres dépassent le total de cas, puisque les cas touchent à plus d'un domaine problématique.

Figure 1 : Nombre et pourcentage de cas examinés par le Comité selon le domaine problématique (2004 à 2012)

[illegible]

La **figure 2** illustre qu'au cours des dernières années, la majorité des cas examinés par le Comité portaient sur la gestion des soins médicaux et infirmiers, les communications et la documentation et/ou le secteur des soins de longue durée en général.

Figure 2 : Pourcentage de cas examinés par le Comité selon le domaine problématique (2004 à 2012)

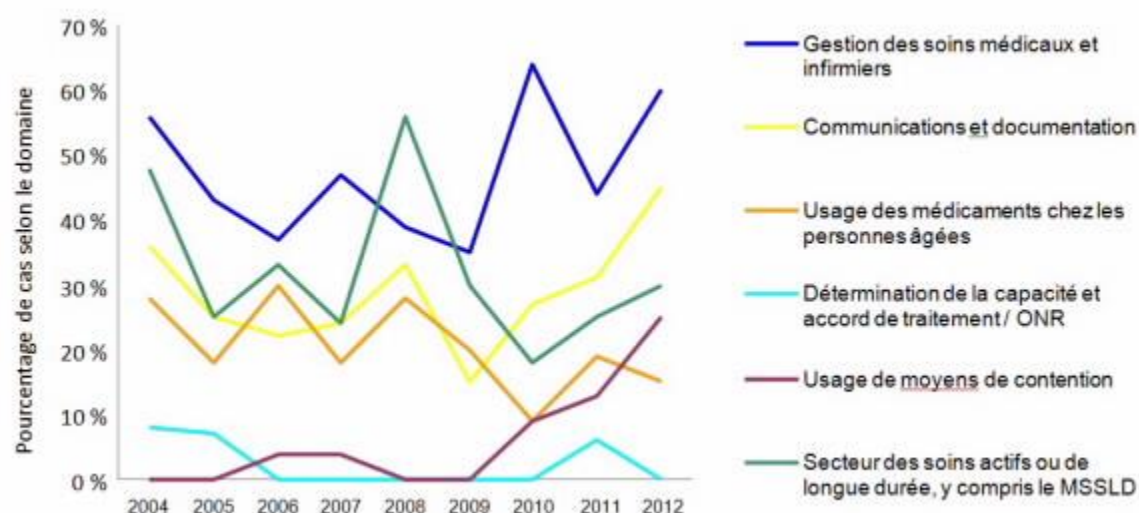


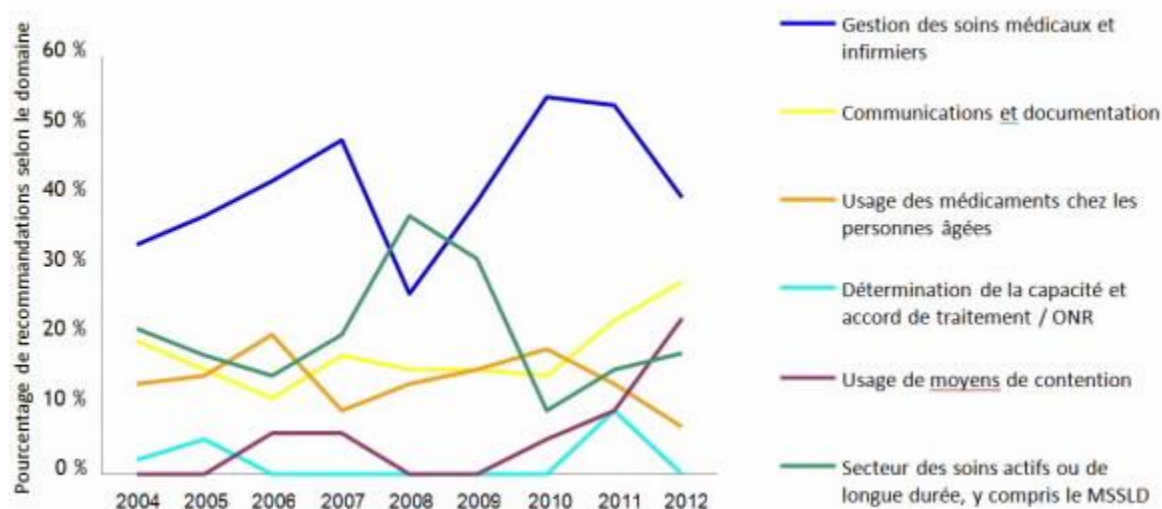
Figure 3 : Pourcentage de recommandations du Comité selon le domaine problématique (2004 à 2012)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de recommandations	67	59	71	35	46	39	22	32	58
Domaine problématique									
Gestion des soins médicaux et infirmiers	22	22	30	17	12	15	12	17	23
%	33 %	37 %	42 %	48 %	26 %	39 %	54 %	53 %	40 %
Communications et documentation	13	9	8	6	7	6	3	7	16
%	19 %	15 %	11 %	17 %	15 %	15 %	14 %	22 %	28 %
Usage des médicaments chez les personnes âgées	9	8	14	3	6	6	4	4	4
%	13 %	14 %	20 %	9 %	13 %	15 %	18 %	13 %	7 %
Détermination de la capacité et accord de traitement / ONR	1	3	0	0	0	0	0	3	0
%	2 %	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %	0 %
Usage de moyens de contention	0	0	4	4	0	0	1	3	13

%	0 %	0 %	6 %	6 %	0 %	0 %	5 %	9 %	22 %
Secteur des soins actifs ou de longue durée, y compris le MSSLD	14	10	10	7	17	12	2	5	10
%	21 %	17 %	14 %	20 %	37 %	31 %	9 %	15 %	17 %

La **figure 4** démontre qu'au cours des dernières années, la majorité des recommandations du Comité portaient sur des questions relatives à la gestion des soins médicaux et infirmiers.

Figure 4 : Pourcentage de recommandations du Comité selon le domaine problématique (2004 à 2012)



Résumé des analyses statistiques – Examen de cas du Comité (2004 à 2012)

- Les domaines problématiques les plus fréquents dans les cas examinés par le Comité entre 2004 et 2012 sont la gestion des soins médicaux et infirmiers, les communications et documentation, le secteur des soins de longue durée, le MSSLD et l'usage de moyens de contention.
- Les cibles des recommandations formulées par le Comité entre 2004 et 2012 sont représentatives des domaines problématiques des cas en général. Au cours des dernières années, la majorité des recommandations du Comité portaient sur des questions relatives à la gestion des soins médicaux et infirmiers, ainsi qu'aux communications et à la documentation.

Chapitre trois

Résumé de l'examen des cas en 2012

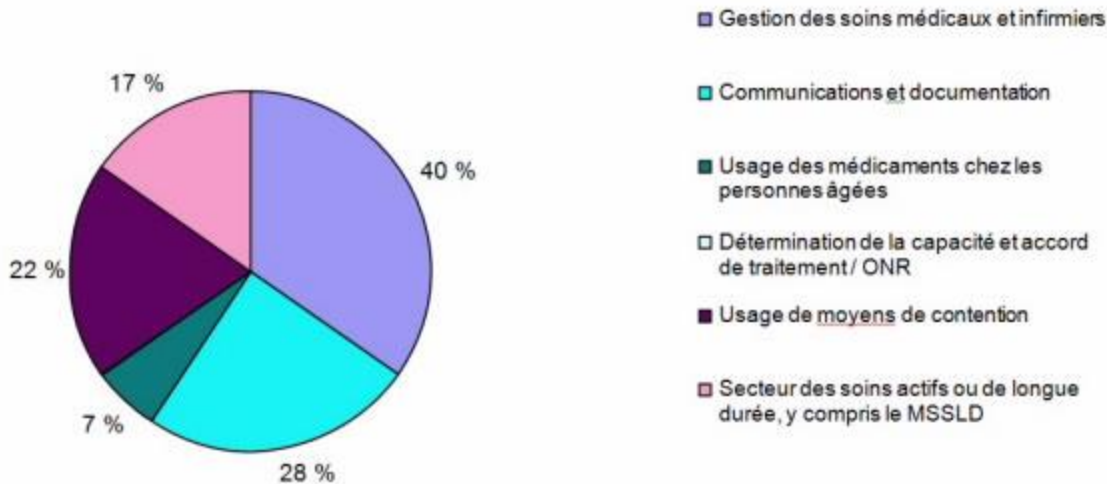
En 2012, le Comité a examiné 20 cas totalisant 21 décès de personnes âgées, dont des résidents de FSLD. À partir de l'examen de ces cas, le Comité a formulé 58 recommandations au total afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Ces recommandations ont été transmises aux particuliers, aux établissements, aux ministères, aux organismes, aux groupes d'intérêt, aux professionnels de la santé (et à leurs organismes de réglementation professionnelle) et aux coroners intéressés. On a demandé aux agences et aux organismes en mesure d'assurer la mise en œuvre des recommandations de fournir une réponse au Bureau du coroner en chef dans l'année suivant leur réception. Ces organismes étaient encouragés à faire l'auto-évaluation de l'état de la mise en œuvre des recommandations qui leur avaient été adressées.

Les recommandations ont également été transmises, sur demande, aux coroners en chef et aux médecins examinateurs d'autres provinces ou territoires canadiens ou à d'autres particuliers ou groupes.

Domaine problématique	Nombre de cas (n = 20)	Nombre de recommandations (n = 58)
Gestion des soins médicaux et infirmiers	12	23
Communications et documentation	9	16
Usage des médicaments chez les personnes âgées	3	4
Usage de moyens de contention	5	13
Détermination de la capacité et accord de traitement / ONR	0	0
Secteur des soins actifs ou de longue durée, y compris le MSSLD	7	10
Remarque : Certains cas ont donné lieu à des recommandations qui touchaient plusieurs domaines, et certaines recommandations touchaient plusieurs domaines.		

Figure 5 : Pourcentage de recommandations selon le domaine problématique – Examen des cas en 2012



Remarque : Certaines recommandations touchaient plusieurs domaines.

Résumé des cas selon le mode de décès – Examen de cas du Comité (2012) :

Nombre total de cas examinés : 20

Nombre total de décès examinés : 21

Modes de décès :

- Mort naturelle 5
- Accident 11
- Homicide 3
- Indéterminé 2
- Suicide 0

Résumé des recommandations du Comité en 2012 :

- Au total, 20 cas ont été examinés, et 58 recommandations ont été formulées.
- Parmi les recommandations issues de l'examen des cas de 2012, 23 (40 %) portaient sur des questions relatives à la gestion des soins médicaux et infirmiers.
- Au total, 16 (28 %) recommandations portaient sur des questions liées aux communications et à la documentation.
- Au total, 4 (7 %) recommandations concernaient l'usage des médicaments chez les personnes âgées.
- Au total, 13 (22 %) recommandations portaient sur des questions liées à l'usage de moyens de contention.

- Au total, 10 (17 %) recommandations portaient sur des questions liées au MSSLD ou au secteur des soins de longue durée.
 - Certaines recommandations touchaient plus d'un domaine.
 - Cinq cas n'ont donné lieu à aucune recommandation.
 - Il est possible que des tendances ou des problématiques ressortent en raison d'un biais de sélection des cas transmis au Comité pour un examen facultatif. Plus précisément, on a demandé aux coroners régionaux principaux de transmettre au Comité tous les cas de décès de personnes âgées dans lesquels les moyens de contention auraient pu jouer un rôle. Par conséquent, le nombre d'enquêtes liées aux moyens de contention et de recommandations issues de ces enquêtes a augmenté.
 - Il est également possible que des tendances ou des problématiques ressortent en raison d'un biais de sélection lié au signalement obligatoire des homicides dans les FSLD.
-

Chapitre quatre

Examens de cas – 2012

Les cas suivants ont été examinés par le Comité en 2012. Toutes les recommandations ont été transmises aux agences et aux organismes en mesure de les mettre en œuvre. On a demandé aux destinataires de fournir une réponse concernant l'état de la mise en application des recommandations qui leur ont été adressées dans l'année suivant leur réception.

Cas : 2012-01

Numéro de dossier : 2011-11941

Date du décès : 14 septembre 2011

Âge : 89 ans

Documents examinés

- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Dossier médical et rapport du centre d'accès aux soins communautaires (CASC);
- Dossier médical de l'hôpital général;
- Dossier médical du médecin de famille.

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner indépendamment les circonstances entourant le décès d'un homme de 89 ans. Le personnel médical de l'hôpital a soulevé des préoccupations concernant les soins fournis par la famille et les organismes du CASC et la possibilité de mauvais traitements envers une personne âgée.

Histoire

Le défunt était un homme de 89 ans né en Iraq, qui a fait ses études aux États-Unis. Il parlait très bien anglais. Il avait des antécédents d'hypertension et de diabète et prenait du gliclazide, de l'amiloride, de l'indapamide, de l'atorvastatine, de la nifédipine, du périndopril et de l'aspirine.

Les notes du médecin de famille fournies aux fins de cet examen remontent à 1999. En 2000, l'homme rencontrait son médecin de famille tous les mois. De 2001 à 2005, il l'a rencontré d'une à cinq fois par année. Les résultats d'un échocardiogramme réalisé en 2002 montrent une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique limite accompagnée d'une dysfonction diastolique et d'une insuffisance mitrale modérée. En 2004, on lui a diagnostiqué une hernie inguinale droite, aucune note n'indique qu'elle a été traitée. Le patient a été hospitalisé à l'H1 du 21 mars 2006 au 21 avril 2006 en raison d'un AVC du cervelet. Par la suite, il a fait l'objet d'un suivi médical de 2006 à 2009 à une fréquence d'environ cinq à huit fois par année. En 2010, il a été vu par un médecin à quatre reprises.

Il a été vu en novembre 2010 et en juin 2011; lors de ce dernier rendez-vous, un ulcère au bas du dos a été noté à son dossier. On a cessé de lui prescrire de l'aspirine en raison du risque de chute. Son dossier indique que chaque fois qu'elles ont été testées entre 1999 et 2009, sa créatinine se situait quelque part entre 95 et 169, et son HbA1C, entre 0,076 et 0,095.

Le 23 août 2010, le médecin de famille de l'homme a envoyé au CASC, par télécopie, une demande d'assistance pour le bain, d'aide à la mobilité et de mesures de prévention des chutes, étant donné qu'il devenait plus fragile et que sa famille avait besoin d'aide. Les notes du CASC indiquent qu'il était difficile de rejoindre la famille parce que les numéros de téléphone et les adresses n'étaient pas à jour. La demande a de nouveau été envoyée le 23 septembre 2010. Le CASC a été en mesure d'évaluer le patient le 20 octobre 2010, et ce dernier a commencé à recevoir les services d'un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) à raison d'une heure par semaine. Le 7 décembre 2010, les services du CASC sont passés à deux heures par semaine.

En mai 2011, la famille a accepté d'examiner l'option des soins de longue durée, mais a interrompu le processus de demande le 14 juillet 2011, car elle avait décidé de s'occuper du patient à la maison. Le 13 mai 2011, la famille a commencé à recevoir l'aide quotidienne d'un PSSP. Le 27 mai 2011, le PSSP a signalé au chargé de cas que le patient présentait une rougeur dans le bas du dos. Le 30 mai 2011, le patient a été examiné par un membre du personnel infirmier. Les notes indiquent que le patient avait une cote de 16 à l'échelle de Braden et présentait un ulcère de stade 2 de 1,2 cm². Le 17 juillet 2011, l'ulcère était de stade 2 et mesurait 2 cm x 3,2 cm. Le 18 juillet 2011, on a signalé la présence de trois ulcères (aucune mesure n'a été notée). Le 4 août 2011, le dossier indique que les ulcères avaient été traités et que le patient (c.-à-d., le défunt) avait reçu son congé des soins infirmiers.

Les services du PSSP ont été augmentés à deux fois par jour du lundi au vendredi. La fin de semaine, la famille prenait la relève des soins. Or, le 11 août 2011, le PSSP n'a pas pu se rendre chez le patient, et le chargé de cas a eu de la difficulté à rejoindre la famille, car les numéros de téléphone avaient changé ou n'étaient pas en service. Il a également été difficile de récupérer le matériel fourni à la famille (p. ex., le lit d'hôpital).

Le 2 septembre 2011, une réunion a eu lieu au domicile du patient avec la famille, le chargé de cas et l'ergothérapeute. Ce jour-là, le PSSP fournissait les soins courants au patient et a noté qu'il présentait plusieurs ulcères de décubitus sur toutes les saillies osseuses. On a donc recommencé à lui prodiguer des soins infirmiers.

Comme le personnel infirmier avait de la difficulté à rejoindre la famille, le patient n'a pas été revu avant le 9 septembre 2011. Ce jour-là, la personne qui s'est présentée chez le patient l'a trouvé seul dans un sous-sol sombre, recouvert d'excréments (anciens et récents). Aucun membre de la famille n'était à la maison. Le patient était en position fœtale et voulait de l'eau. Un membre de la famille est arrivé à la maison et a été informé qu'il fallait tourner le patient toutes les deux heures.

Le 12 septembre 2011, l'homme a été admis à l'H1 après avoir été trouvé inconscient par sa famille. Lors de son admission, il présentait une hypovolémie grave, un dysfonctionnement multi-organique et des plaies gangreneuses sèches. Sa créatinine était à 451, son urée, à 56,9 et son hémoglobine, à 105. L'électrocardiogramme a révélé une fibrillation auriculaire à 136. Il était couvert d'excréments. Ses jambes et ses bras étaient contractés, et sa peau était tachetée.

Le récit de la famille ne concordait pas avec ce qu'on a observé chez le patient. Un autre membre de la famille est arrivé à l'hôpital et a demandé pourquoi le patient était si mal en point. Selon elle, les autres membres de la famille ne s'occupaient pas de lui.

Lors de l'admission du patient, la famille a convenu de placer une ordonnance de non-réanimation à son dossier. Toutefois, lorsque le patient a fait un arrêt cardiaque, la famille a demandé que toutes les manœuvres pour le maintenir en vie soient pratiquées (c.-à-d. un protocole de réanimation). Le personnel médical est parvenu à réanimer l'homme, mais ce dernier a fait un autre arrêt cardiaque et cette fois, il n'a pu être réanimé.

L'intensiviste ayant participé aux soins du défunt a demandé qu'un coroner soit informé, puisqu'on soupçonnait un cas possible de mauvais traitement ou de négligence envers une personne âgée. L'enquête du coroner indique que la police a interviewé les membres de la famille et qu'aucune préoccupation n'a été soulevée quant aux soins prodigués par la famille. Le coroner régional principal et le coroner enquêteur ont rencontré des membres du CASC pour discuter des problèmes liés aux soins et aux services fournis au défunt.

Le rapport de police indique que depuis 2009, le défunt vivait dans le sous-sol chez son fils et sa belle-fille et qu'avant d'y emménager, il vivait avec sa fille. Il avait un autre fils qu'il n'avait pas vu depuis 2008.

On a constaté que le sous-sol dans lequel vivait le patient était propre, rangé et doté d'un lit d'hôpital. Le patient a pris soin de lui-même jusqu'en juin 2011, après quoi il est resté alité dans le sous-sol, nécessitant l'aide de la famille pour aller aux toilettes et se laver. En août 2011, il était cloué au lit en permanence, il portait des couches, et on lui donnait le bain au lit.

Autopsie

Le défunt pesait 72,6 kg et mesurait 162 cm. Son phénotype indique qu'il était bien nourri. Une cicatrice de 15 cm a été observée du côté droit de l'aîne.

Voici certains signes de blessure récente observés :

1. Ulcères circonférentiels autour du gland;
2. Zone d'érythème de 2,0 cm x 3,0 cm au milieu du dos, du côté droit;
3. Zone d'érythème de 2,0 cm x 4,0 cm sur le sacrum;
4. Zone d'érythème de 8,0 cm x 10,0 cm et ulcère de décubitus sur la hanche droite;
5. Zone d'ulcération de 8,0 cm x 10,0 cm dans la partie latérale de la hanche gauche;
6. Zone d'ulcération de 1,0 cm x 2,0 cm sur la partie interne de la cuisse gauche;
7. Hématome de 1,0 cm x 2,0 cm sur la jambe antérieure droite;
8. Ulcère de 3,0 cm x 2,0 cm sur la face interne de l'orteil droit;
9. Ulcère de 1,0 cm x 1,0 cm sur la malléole externe droite;
10. Coloration rougeâtre diffuse et enflure de la jambe gauche.

L'autopsie a également révélé les éléments suivants :

1. Coronaropathie athéroscléreuse légère avec sténose couvrant 60 % des vaisseaux épicardiques;
2. Athérosclérose grave de l'aorte et des gros vaisseaux sanguins;
3. Hypertrophie bénigne de la prostate (adénocarcinome observé à l'histologie) et dilatation de la vessie avec trabéculatation de la muqueuse et hydronéphrose bilatérale.

Il a été établi que le décès a été causé par un choc septique dû à des bacilles coliformes (rapport d'une hémoculture pratiquée avant le décès) dont la sepsie peut être attribuable à la contamination fécale ou urinaire des ulcères de décubitus décrits.

Discussion

L'homme de 89 ans a vécu chez son fils, sa belle-fille et leur enfant de juin 2009 à septembre 2011. La famille s'est occupée de lui jusqu'à ce que son médecin de famille demande au CASC de lui fournir des services de soutien en août 2010. Le CASC a eu de la difficulté à rejoindre les membres de la famille pour planifier la première visite, qui a finalement eu lieu en octobre 2010. Le patient était alors admissible à une heure de soins personnels par semaine, puis il est passé à deux heures par semaine en décembre 2010.

En mai 2011, un PSSP a noté que le patient avait une rougeur, et des soins infirmiers ont été prodigués jusqu'en août 2011, après la guérison des ulcères. À ce moment, les services du PSSP ont été augmentés à deux visites par jour à raison de cinq fois par semaine. Aucune note du PSSP n'a été fournie aux fins de l'enquête.

Le dossier du CASC indique qu'on a dû téléphoner à la famille à maintes reprises concernant les visites et des problèmes liés au matériel. Le numéro de téléphone changeait souvent, de même que la personne à contacter. En septembre 2011, le PSSP a noté un ulcère de décubitus, et le patient a été examiné une fois de plus par un membre du personnel infirmier. Il était couvert d'ulcères de décubitus, était sale et se trouvait en position fœtale. Il a été transféré à l'hôpital le 12 septembre 2011 et est décédé le 14 septembre 2011 d'une sepsie.

La police a examiné la maison après le décès de l'homme et a constaté que le sous-sol était propre et rangé. Le rapport du coroner indique que les soins fournis par le CASC n'étaient pas optimaux et que certaines étapes devraient être suivies pour prévenir d'autres cas semblables. Les soins fournis par la famille et le CASC étaient irréguliers durant les derniers mois de vie du patient.

Recommandations

Aux centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario :

1. Les centres d'accès aux soins communautaires devraient collaborer avec les médecins de famille, particulièrement lors d'une transition dans les soins touchant un patient commun. Il est reconnu que les médecins peuvent devoir visiter un patient à son domicile pour évaluer les changements relatifs à son état de santé.
2. Il faudrait rappeler aux centres d'accès aux soins communautaires qu'il est important de consigner les objectifs thérapeutiques du patient et de les transmettre aux autres fournisseurs de soins de santé et à la famille.
3. Les centres d'accès aux soins communautaires devraient engager la famille dans les soins du patient et l'informer des objectifs de son traitement. La famille devrait connaître et comprendre le rôle qu'elle joue dans l'atteinte de ces objectifs.

4. Les membres du personnel du centre d'accès aux soins communautaires devraient veiller à déterminer un point de contact principal parmi les membres de la famille qu'ils peuvent consulter en tout temps, au besoin.
 5. Les centres d'accès aux soins communautaires devraient encourager les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) à demander l'aide ou les directives d'un professionnel de la santé autorisé quand l'état de santé d'un patient change. Les PSSP pourraient avoir besoin d'une formation supplémentaire pour reconnaître les changements de l'état de santé d'un patient.
 6. Les centres d'accès aux soins communautaires devraient être sensibilisés au fait que les gens peuvent avoir des attentes et des expériences différentes en matière de soins selon leur culture. Ces attentes devraient faire l'objet d'une discussion avec les patients et leur famille lors de l'établissement des objectifs thérapeutiques.
-

Cas : 2012-02

Numéro de dossier : 2011-4118

Date du décès : 4 avril 2011

Âge : 91 ans

Motif de l'examen

Le coronar régional principal a porté le cas à l'attention du Comité parce que des préoccupations ont été soulevées sur la chute possible du patient résultant de l'utilisation d'un lève-personne durant un transfert.

Documents examinés

- Lettre de signalement du coronar régional principal;
- Rapport d'enquête du coronar;
- Rapport d'autopsie;
- Dossier du FSLD;
- Photos et rapports de police;
- Dossier médical de l'hôpital de soins actifs;
- Rapport d'inspection du MSSLD.

Histoire

La défunte était une femme de 91 ans qui a été admise dans un FSLD en 2006. Elle souffrait de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et dépendait d'autres personnes pour toutes ses activités quotidiennes en raison de sa démence. Un lève-personne était utilisé pour la déplacer.

Ses antécédents médicaux comprenaient une dysrythmie cardiaque, des mastectomies bilatérales en 1966 et en 1996 en raison de tumeurs malignes, un accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'hypercholestérolémie.

Avant de mourir, elle prenait de l'atorvastatine, de l'acide acétylsalicylique, du furosémide, du chlorure de potassium, de la paroxétine, du rabéprazole et de la rispéridone.

Le 19 mars 2011, elle semblait bien aller et être en bonne santé.

Le 20 mars 2011, on l'a lavée, habillée et préparée pour le petit déjeuner. Avec l'aide de deux PSSP, elle a été transférée de son lit à un fauteuil roulant, puis amenée à la cafétéria.

Plus tard ce matin-là, la PSSP 1 l'a trouvée affalée dans son fauteuil roulant dans sa chambre, avec une petite quantité de vomissures sur le plancher à côté d'elle. Elle a essayé de l'asseoir en position verticale, mais la patiente s'est à nouveau affalée vers l'avant. Sans aide, la PSSP l'a transférée dans son lit à l'aide du lève-personne.

La femme a dîné dans son lit ce jour-là. À 14 h, l'infirmière auxiliaire autorisée a noté une enflure et des ecchymoses à la cuisse droite de la patiente. Plus tard ce soir-là, la patiente a vomi. Lorsque l'infirmière autorisée l'a examinée, sa cuisse droite était beaucoup plus enflée que la gauche. La patiente ne semblait pas en détresse ou ressentir d'inconfort. Une note a été rédigée à l'intention du médecin pour qu'il examine la patiente lors de sa prochaine visite.

Le 21 mars 2011, on a noté une augmentation de l'enflure et des ecchymoses à la cuisse droite de la patiente, et sa fille en a été informée au cours de l'après-midi.

Le 22 mars 2011, l'infirmière praticienne a examiné la patiente, consigné à son dossier l'enflure et l'ecchymose de sa cuisse droite et suggéré qu'elle demeure alitée jusqu'à que le médecin l'examine. L'infirmière praticienne a demandé qu'on lui fasse une radiographie de la hanche, de la cuisse et du genou et suggéré de lui administrer du Tylenol^{md} au besoin pour soulager la douleur.

Le 23 mars 2011, le médecin a vu la patiente et a recommandé son transfert à l'hôpital pour qu'on examine sa jambe droite. Les radiographies de l'hôpital ont révélé une fracture du fémur distal. On lui a installé une attelle de Zimmer et posé un cathéter de Foley, puis elle est retournée au FSLD en ambulance.

Le 23 mars 2011, la fille de la patiente a avisé la police que sa mère avait peut-être été victime d'une agression au FSLD.

Le 24 mars 2011, le médecin de l'établissement a examiné la femme une fois de plus, puisque des préoccupations ont été soulevées au sujet d'une possible thrombose veineuse profonde. Le médecin a exprimé une certaine frustration envers le personnel de l'urgence, qui ne lui a transmis aucun renseignement (rapports de radiographie, directives de physiothérapie, instructions relatives au cathéter de Foley, etc.) lorsqu'il a renvoyé la patiente à l'établissement. L'infirmière

praticienne a écrit qu'elle effectuerait un suivi auprès du service des urgences concernant le transfert de l'information.

Le médecin a réussi à organiser une échographie Doppler veineux au FSLD. L'examen, réalisé le matin du 25 mars 2011, a permis d'observer la présence d'une thrombose veineuse profonde. Le médecin a communiqué avec le pharmacien responsable du FSLD, qui l'a informé que la femme, en raison de son insuffisance rénale, n'était pas une bonne candidate pour l'administration d'héparine de faible poids moléculaire. Le médecin a demandé son transfert à un établissement de soins actifs pour qu'elle fasse l'objet d'un examen et d'un suivi. Le 25 mars 2011, la patiente a été renvoyée au FSLD sans dossier de médication, analyse sanguine ou rapport de l'hôpital.

La fille de la patiente a passé la journée à l'hôpital de soins actifs et a dit au personnel que le médecin de l'hôpital avait affirmé qu'il n'y avait pas de traitement pour sa mère à ce stade. Le service des urgences a finalement envoyé par télécopieur au FSLD les analyses de laboratoire, qui ont révélé un taux de sodium élevé (150), un taux de potassium de 3,9, un taux de chlorure de 111, un HCO_3 de 29 et un taux de créatinine élevé (109).

Le 26 mars 2011, la fille de la patiente a modifié les directives préalables pour que sa mère reçoive des soins de confort seulement. Au cours des jours suivants, la patiente a reçu des soins dans sa chambre. Elle était alerte par moments, et c'est le personnel qui la nourrissait. Le cathéter de Foley est demeuré en place.

Le 28 mars 2011, le service de police local a appelé au FSLD et a demandé à parler au personnel concernant la chute de la patiente. La police a mené une enquête complète sur l'incident, y compris des entrevues avec le personnel et les médecins. L'inspecteur de la conformité du MSSLD a été contacté et informé du changement de l'état de santé de la résidente, ainsi que de l'intervention de la police.

La patiente a continué de recevoir les soins de confort, jusqu'à ce qu'elle décède le 4 avril 2011 à 8 h 30.

Autopsie

L'autopsie a révélé une fracture touchant deux régions du fémur droit et la présence d'ostéoporose marquée. On a constaté des signes d'une réponse inflammatoire dans la région de la fracture indiquant que celle-ci datait de quelques jours.

L'autopsie a également révélé des signes d'adénocarcinomes, fort probablement d'origine colique, touchant les poumons, le pancréas et la rate; de broncho-pneumonie aiguë; de thromboembolie pulmonaire dont le thrombus se situait dans la veine de la cuisse droite; de la maladie d'Alzheimer; et de changements cardiovasculaires liés à l'hypertension.

Il convient de noter que l'on n'a trouvé aucun signe de métastases liées à une tumeur maligne sur l'os.

Il a été établi que la cause du décès était les complications de l'ostéoporose liées à la fracture du fémur.

Discussion

La défunte était une femme de 91 ans qui souffrait de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et qui avait besoin d'assistance pour toutes ses activités de la vie quotidienne. Un lève-personne était nécessaire pour la transférer de son lit à son fauteuil roulant. Elle est décédée des complications liées à une fracture du fémur droit.

Ce cas a nécessité une enquête policière approfondie ainsi qu'un examen de l'inspecteur de la conformité du MSSLD sur les soins fournis à la femme au FSLD.

Après l'autopsie, les médecins légistes ont répondu à des questions sur le mécanisme de blessure. Dans leurs réponses, ils ont indiqué que l'autopsie ne leur « permettait pas de conclure à une blessure intentionnelle ou d'en exclure la possibilité, mais que l'ostéoporose aurait rendu les os fragiles et vulnérables aux fractures ». Les médecins légistes ont affirmé qu'ils ne pouvaient pas « établir de façon fiable la date précise de la blessure, et que l'ostéoporose aurait rendu la femme vulnérable à des fractures accidentelles ou infligées ». On estime que le lève-personne utilisé aurait pu « appliquer une pression aux membres inférieurs capable de causer une fracture, étant donné que la femme souffrait d'ostéoporose ».

L'enquête n'a donc pas permis de déterminer le mécanisme de blessure ayant causé la fracture du fémur droit de la patiente. Toutefois, il est clair que la PSSP n'a pas respecté la politique du FSLD en transférant la patiente de son fauteuil roulant à son lit sans aide.

On ignore si les blessures de la patiente ont été causées par une chute (et si une chute est survenue), ou simplement par l'utilisation du lève-personne combinée à une ostéoporose grave.

La sécurité des lève-personnes demeure un problème constant; c'est pourquoi il faut insister souvent auprès du personnel sur l'importance de les utiliser de façon appropriée.

La police a mené une enquête criminelle complète pour ce cas. La PSSP concernée a initialement été accusée de négligence criminelle causant la mort et de défaut de fournir les choses nécessaires à l'existence, mais les accusations ont finalement été retirées.

Le MSSLD a mené une inspection de conformité au FSLD une semaine après le décès de la patiente, soit le 11 avril 2011. L'inspection visait précisément à assurer le respect de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Le MSSLD a conclu que le FSLD a enfreint la Loi, puisqu'on n'a pas respecté les directives préalables de la défunte, signées le 1^{er} mars 2010, indiquant que les soins de niveau 4 (transfert dans un hôpital de soins actifs avec réanimation cardiorespiratoire) devaient être administrés, au besoin.

Rien n'indique que le plan de soins a été modifié lorsque les besoins de la patiente ont changé, le 23 mars 2011. L'inspecteur du MSSLD croit également que le MSSLD n'a pas été informé dans un délai raisonnable du changement de l'état de santé de la patiente lié à l'incident critique, comme la Loi le prescrit.

Recommandations

Aucune recommandation.

Cas : 2012-03

Numéro de dossier : 2011-10723

Date du décès : 30 août 2011

Âge : 71 ans

Motif de l'examen

La défunte était une femme de 71 ans qui est décédée des complications liées à des fractures du fémur et de l'humérus survenues lors d'un transfert de son lit à son fauteuil au FSLD où elle vivait. Un lève-personne a été utilisé pour le transfert. Après l'incident, le FSLD concerné a fait le point sur la pratique professionnelle du personnel impliqué et a approfondi la formation de l'ensemble du personnel sur l'utilisation appropriée de ce type particulier de lève-personne. Une enquête a également été menée par un inspecteur de la conformité du MSSLD. Le coroner régional principal a estimé que le Comité devait examiner ce cas afin de formuler des recommandations plus générales au secteur des soins de longue durée pour éviter que des incidents semblables se reproduisent.

Documents examinés

- Rapport d'enquête du coroner;
- Dossier médical de l'hôpital général local de soins actifs;
- Dossier médical partiel du FSLD où vivait la défunte.

Histoire

La défunte était une femme de 71 ans qui résidait dans un FSLD depuis janvier 2002. Ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

- Fibrillation auriculaire chronique;
- AVC avec hémiparésie dense gauche;
- Diabète;
- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO);

- Trouble épileptique;
- Démence;
- Masse rénale observée sur le tomodensitogramme en février 2002 (aucun examen approfondi réalisé);
- Anémie;
- Saignements vaginaux intermittents;
- Insuffisance cardiaque congestive;
- Ancienne thrombose veineuse profonde dans la jambe gauche.

Lorsqu'elle était au FSLD, la résidente prenait entre autres de l'insuline lispro avec échelle d'ajustement des doses; 400 mg d'amiodarone par jour; de la daltéparine; 40 mg de furosémide par jour; 2,5 mg de ramipril par jour; 0,625 mg de digoxine par jour; une bouffée de 500 µg de fluticasone/50 µg de salmétérol deux fois par jour; du salbutamol par inhalateur, au besoin; 10 mg d'escitalopram par jour; 500 mg d'acide valproïque deux fois par jour; et un supplément nutritif.

Sur le plan fonctionnel, elle dépendait entièrement du personnel. Il fallait deux personnes pour la déplacer dans son lit, l'habiller, la laver et assurer son hygiène personnelle. Elle était capable de manger avec l'aide d'un membre du personnel. Les transferts étaient effectués par deux personnes à l'aide d'un lève-personne fixé au plafond. Son plan de soins indiquait ce qui suit en ce qui a trait aux transferts :

Faiblesse, raideur et contraction du côté gauche, pas en mesure de porter son poids. Un lève-personne fixé au plafond est utilisé. Intervention : deux personnes et plus pour assistance physique, transférée à l'aide d'un lève-personne fixé au plafond. Dépend entièrement d'autres personnes. Activités effectuées par tout le personnel nécessaire durant tout le quart de travail : un employé actionne l'appareil, l'autre guide et assure le transfert sécuritaire du lit au fauteuil, et vice versa.

Le 21 août 2011, les renseignements suivants ont été notés au dossier de la patiente du FSLD :

À 15 h 05, la PSSP D affirme avoir entendu la sonnette d'appel de la chambre 257. La PSSP est entrée et a demandé à la résidente ce qu'elle voulait. Elle lui a répondu qu'elle voulait un verre d'eau. La PSSP lui a dit qu'elle la transférerait dans son fauteuil de gériatrie pour éviter qu'il y ait de l'eau sur le lit. La PSSP a raconté que lorsqu'elle a tenté de lever le bras de la résidente pour le passer dans la courroie, la résidente s'est mise à hurler de douleur. La PSSP a demandé à la résidente ce qu'il se passait, et celle-ci s'est mise à pleurer. La PSSP l'a examinée et a affirmé que son épaule gauche était enflée et dure au toucher. La résidente hurlait de douleur de manière sporadique. Elle se plaignait également de douleur à la jambe gauche. Conformément aux directives de l'infirmière auxiliaire autorisée, on lui a administré du Tylenol n° 2 pour soulager la douleur, ce qui n'a eu aucun effet. On a alors appelé le 9-1-1. La résidente a été transférée à l'hôpital (hôpital général local de soins actifs) sur une civière, accompagnée de trois ambulanciers.

À l'urgence de l'hôpital, on a constaté qu'elle présentait deux nouvelles fractures : une fracture engrenée et légèrement angulée du col chirurgical de l'humérus gauche et une fracture oblique

du fémur distal gauche. Cette fracture partait de l'intérieur du corps du fémur distal et s'étendait de façon inféro-latérale, probablement par le condyle externe du fémur. Une légère angulation a été notée.

Après avoir discuté avec le mandataire spécial de la patiente, on a décidé de traiter les deux fractures sans intervention chirurgicale. Son bras gauche a été placé dans une écharpe, et sa jambe gauche, immobilisée à l'aide d'une attelle. Un rendez-vous de suivi à l'hôpital a été fixé deux semaines plus tard, puis la patiente est retournée au FSLD.

À son arrivée au FSLD, elle avait un bloc réfrigérant entre les jambes, son bras gauche était dans une écharpe, et sa température était de 37,9 °C. Sa saturation en oxygène était de 68 % à 72 % en air ambiant. On lui a administré de l'oxygène d'appoint à un débit de 2 l/minute à l'aide de canules nasales, et sa saturation en oxygène est montée à 90 %. Le jour suivant, on a noté qu'elle avait une fièvre persistante (température de 38 °C à 39 °C) et qu'elle avait toujours besoin d'oxygène pour maintenir sa saturation en oxygène à plus de 90 %. On l'a transférée à nouveau à l'urgence de l'hôpital général local de soins actifs. Elle présentait une tachypnée (fréquence respiratoire de 28), une hypoxie en air ambiant et une tachycardie (fréquence cardiaque de 114 battements par minute). Elle a été admise à l'hôpital.

On a constaté que la femme souffrait d'une infection urinaire avec bactérie productrice de bêta-lactamase à spectre élargi (BPBLSE). Elle était somnolente, avait de la difficulté à avaler et nécessitait un régime alimentaire modifié. Elle a été traitée à l'aide d'antibiotiques; malheureusement, elle a continué à déprimer dans les jours qui ont suivi et est décédée le 30 août 2011.

Le rapport d'enquête du coroner indique que la défunte avait été transférée au moyen d'un levier de transfert en station debout. Le transfert avait été effectué par un seul membre du personnel avec le bras gauche. Durant la tentative de transfert, la patiente a chuté et a subi des blessures au bras gauche et à la jambe gauche. Il semble que pour utiliser ce type d'appareil particulier de façon sécuritaire, il faut que le résident soit capable de se tenir debout et de porter son poids. Après cet incident, le FSLD a fait le point sur la pratique professionnelle du personnel impliqué et a approfondi la formation de l'ensemble du personnel sur l'utilisation appropriée de ce type particulier de lève-personne. Une enquête a également été menée par un inspecteur de la conformité du MSSLD.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Discussion

Cette femme de 71 ans est décédée neuf jours après avoir subi des blessures causées par une chute, qui est survenue durant un transfert à l'aide d'un lève-personne effectué par un seul membre du personnel au lieu de deux au FSLD où elle vivait.

Recommandation

1. Il faudrait rappeler aux établissements de soins de longue durée qu'il est important que tous les employés respectent les lignes directrices et les plans de soins pour effectuer des transferts sécuritaires au moyen de lève-personnes.
-

Cas : 2012-04

Numéro de dossier : 2011-5942

Date du décès : 13 mai 2011

Âge : 83 ans

Motif de l'examen

Le coronar régional principal a demandé que le Comité examine l'utilisation des moyens de contention dans le cas d'une résidente de 83 ans d'un foyer pour personnes âgées, qui est décédée après être restée prise dans un côté de lit.

Documents examinés

- Rapport d'enquête du coronar;
- Rapport d'autopsie;
- Rapport de police;
- Dossiers cliniques du foyer pour personnes âgées.

Histoire

La défunte était une femme de 83 ans qui a été admise dans un foyer pour personnes âgées en novembre 2005, après avoir été transférée d'une unité de réadaptation pour patients hospitalisés.

Ses antécédents médicaux comprenaient une reprise de la hanche gauche, une fracture de la hanche en 2005, une contracture au genou gauche (malgré un traitement de réadaptation intensif), une spasticité (elle prenait du baclofène), un ulcère au talon gauche traité, une polyarthrite rhumatoïde, une hémiparésie gauche secondaire à un AVC de l'hémisphère droit (1975), une dyslipidémie, une douleur à la jambe gauche causée par une contracture et une pression de la rotule, une BPCO, une incontinence à l'effort, une ancienne sténose spinale, un ulcère gastroduodénal, une dépression, de l'ostéoporose, un reflux œsophagien, une pemphigoïde bulleuse et un œdème périphérique chronique. En 2009, on a estimé qu'elle avait peut-être développé un diabète. Son taux d'hémoglobine A1c était légèrement élevé (6,5 %), et on croyait que cela pouvait contribuer à ses problèmes cutanés chroniques. Elle se faisait régulièrement traiter à l'aide d'onguents antibiotiques en raison d'une cellulite récurrente.

Les notes de son congé de l'unité de réadaptation indiquaient les éléments suivants : « Assistance d'une personne pour les transferts, peut se déplacer seule en fauteuil roulant, aide pour les soins

personnels ». Les notes de l'admission au foyer de personnes âgées indiquaient que la résidente recevait de l'aide matin et soir pour l'habillement et les soins personnels. La résidente dînait et soupa à la salle à manger principale. On a noté qu'il fallait deux personnes pour effectuer les transferts le soir parce qu'elle était très rigide.

La femme a connu un certain nombre de difficultés au fil des ans, notamment des épisodes récurrents de rupture de l'épiderme et de cellulite associés à une immobilité et une incontinence permanentes. Le traitement des ulcères à la jambe nécessitait une prise en charge et une surveillance continues du personnel infirmier du CASC. En janvier 2011, elle a été orientée vers un chirurgien vasculaire, qui a noté qu'elle avait des rougeurs typiques d'une cellulite sur la jambe. La patiente souffrait d'incontinence urinaire et avait des épisodes de selles molles qui perduraient depuis longtemps et nécessitaient régulièrement l'administration de l'opéramide. Elle présentait souvent une confusion aiguë durant ses épisodes de cellulite. En 2009, on lui a fait passer le mini-examen de l'état mental (MMSE), pour lequel elle a obtenu un pointage de 26/30, dont 3/3 pour la mémoire. On sait que la patiente consommait de l'alcool et des médicaments en vente libre, dont l'acétaminophène. Des membres du personnel ont rencontré la famille de la patiente à plusieurs reprises pour discuter de leurs préoccupations relatives à sa consommation d'alcool et d'autres médicaments.

La survenue de plusieurs chutes est venue compliquer les soins. Moins d'un mois après son admission, un membre du personnel l'a trouvée étendue sur le sol. La plupart du temps, elle tombait en essayant de s'installer seule sur la toilette, en glissant de son fauteuil roulant et, à une occasion en 2008, en se retrouvant par terre après avoir voulu sortir du lit en roulant. Chaque fois, l'aide de deux ou trois personnes ou un lève-personne ont été nécessaires pour la remettre dans son lit.

De plus, la femme était exigeante. Par exemple, elle appelait fréquemment le personnel, parfois même en utilisant la sonnette d'urgence de manière intempestive, juste pour qu'il vienne ramasser un crayon par terre.

Les dernières notes d'évolution avant son décès remontent au 17 avril 2011 et indiquent que la femme a été trouvée assise par terre à côté de son lit à 23 h 10. Elle était confuse et disait qu'elle voulait se relever. Deux membres du personnel l'ont remise au lit au moyen du lève-personne. Le 10 mai 2011, elle a eu un épisode de hurlements. On a remarqué qu'elle avait des égratignures au visage.

Le 13 mai, soit le jour précédant son décès, la femme a appelé le personnel pour avoir quelque chose à boire vers 1 h, et on lui a donné du soda au gingembre. Elle était dans son lit et semblait bien aller. Toutefois, vers 3 h, un membre du personnel est entré dans sa chambre et l'a trouvée prise entre le matelas et le côté de lit. Les services médicaux d'urgence ont été appelés; des manœuvres de réanimation ont été entreprises, mais ont été interrompues lorsqu'on a déterminé qu'une ordonnance de non-réanimation figurait au dossier de la résidente.

Au moment de son décès, la femme prenait les médicaments suivants : 70 mg d'alendronate par voie orale une fois par semaine; 81 mg d'acide acétylsalicylique par voie orale une fois par jour; 30 mg de duloxétine par voie orale une fois par jour; 7,5 mg de bromhydrate de darifénacine par

voie orale une fois par jour; deux comprimés de 40 mg de furosémide par voie orale tous les matins; 2,5 mg de ramipril par voie orale une fois par jour; 0,088 mg de L-thyroxine par voie orale une fois par jour; 1 000 UI de vitamine D une fois par jour; 325 mg d'acétaminophène par voie orale quatre fois par jour, selon un horaire; trois comprimés de 20 mg de baclofène par voie orale trois fois par jour; une bouffée d'Advair 250 deux fois par jour; 1 250 mg de carbonate de calcium par voie orale par jour; quatre comprimés de 50 mg de trazodone par voie orale tous les soirs au coucher; 1 mg d'hydromorphone par voie orale tous les soirs au coucher; 20 mg de simvastatine par voie orale tous les soirs au coucher; du Tylenol^{MD} n° 3 au besoin; et de l'hydrocortisone et des pansements pour les jambes.

Autopsie

L'autopsie a révélé une zone d'abrasion allant de l'oreille gauche jusqu'à la ligne de la mâchoire associée à une enflure et la présence de sang dans le conduit auditif externe de l'oreille gauche. En outre, on a observé une ecchymose dans la région temporo-pariétale du cuir chevelu et une autre sur le dos de la main gauche. L'examen des artères coronaires a révélé un rétrécissement athéromateux grave de plusieurs artères avec une sténose de plus de 80 %. Aucun infarctus aigu n'a été détecté. Le rapport de toxicologie n'a pas révélé la présence de substances, dont l'hydromorphone, la codéine et l'alcool.

La cause du décès est une asphyxie positionnelle avec athérome des artères coronaires comme facteur contributif.

Discussion

La défunte était une femme de 83 ans qui vivait dans un foyer pour personnes âgées. Elle avait été victime d'un AVC ayant causé une hémiparésie. Elle souffrait également d'importantes contractures aux jambes en raison de plusieurs chirurgies à la hanche, ce qui compromettait sa mobilité. L'aide de deux personnes ou d'un lève-personne était nécessaire pour ses transferts, et elle se déplaçait en fauteuil roulant. Elle avait des antécédents bien connus de chutes multiples. Elle avait également des problèmes chroniques de rupture de l'épiderme et d'infections, ce qui provoquait parfois chez elle un état confusionnel aigu. Les stratégies de prévention des chutes comprenaient un petit côté de lit et des vérifications effectuées la nuit. La nuit de son décès, on n'avait pas été la voir depuis deux heures quand on l'a découverte coincée entre le matelas et le côté de lit. L'existence d'autres stratégies de prévention mises en place (alarme de lit ou lit bas) n'a pas été clairement établie. Par ailleurs, il n'est pas évident que le matériel aurait été disponible dans un environnement de maison de retraite. Bien que le plan de soins ait indiqué que des « vérifications de nuit » étaient effectuées, on ignore à quelle fréquence le personnel devait aller voir la résidente lorsqu'elle était alitée.

Le plan de soins ne précise pas si le côté de lit servait d'appareil d'aide personnelle ou de dispositifs de contention. S'il était utilisé comme moyen de contention, les autres moyens, s'il y a lieu, n'étaient pas indiqués dans le plan de soins de la résidente. Les côtés de lit posent un risque de piégeage pour les résidents. Les facteurs pouvant accroître les risques de piégeage comprennent la compressibilité du matelas, le déplacement latéral du matelas ou de la barrière et le degré de jeu attribuable à des barrières desserrées.

La résidente prenait également de nombreux médicaments au coucher, ce qui aurait pu contribuer à accroître sa confusion la nuit.

Il faut rappeler aux soignants qu'un côté de lit est un type de moyen de contention qui n'est pas sans risque. Les stratégies de prévention des chutes doivent faire l'objet de discussions, et leur application doit être décrite en détail. La supervision des résidents nécessitant des moyens de contention doit se faire en fonction de leurs besoins en matière de soins, quel que soit le milieu.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Association, à l'Ontario Long Term Care Physicians et à l'Ontario Retirement Communities Association :

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de longue durée que l'asphyxie positionnelle constitue un risque réel associé à tous les types de moyen de contention. Tous les hôpitaux de soins actifs et les établissements de soins de longue durée, agréés ou non, devraient être dotés d'une politique détaillée sur l'utilisation de moyens de contention (chimiques ou physiques, y compris les côtés de lit). Tous les employés qui s'occupent de patients devraient consulter ces politiques de façon régulière (en cours d'emploi). Les nouveaux employés devraient prendre connaissance de ces politiques avant leur premier contact avec les patients. Ces politiques devraient comprendre des directives détaillées sur les différents moyens de contention, leur application et la façon de maximiser la sécurité, en plus d'être conformes à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*.
2. Les stratégies de prévention des chutes devraient faire l'objet de discussions, et leur application doit être décrite en détail. Les risques associés à l'utilisation des moyens de contention devraient être bien compris, et les risques et les avantages devraient faire l'objet d'une discussion avec le patient ou son mandataire spécial. Le personnel devrait être formé sur les risques et la réduction de ces risques. La supervision des résidents nécessitant des moyens de contention doit se faire en fonction de leurs besoins en matière de soins, quel que soit le milieu.
3. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé qu'il est important de consigner les autres stratégies envisagées et essayées avant d'utiliser des moyens de contention.
4. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que les moyens de contention pour prévenir les blessures devraient être utilisés seulement après avoir tenté, sans succès, toutes les autres stratégies de prévention des chutes.
5. Les professionnels de la santé et les établissements offrant des services aux personnes âgées devraient veiller à ce que les politiques et les procédures liées à l'utilisation des moyens de contention respectent le projet de loi 85 – *Loi visant à réduire au minimum l'utilisation des moyens de contention sur les malades des hôpitaux et des établissements* et le Règlement 79/10 de l'Ontario pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

6. Les professionnels de la santé et les établissements offrant des services aux personnes âgées devraient veiller à ce que les politiques et les procédures liées aux lits d'hôpitaux soient conformes à la ligne directrice de Santé Canada intitulée « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » (17 mars 2008). Accessible en ligne à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/md-im/md_gd_beds_im_ld_lits-fra.pdf.
-

Cas : 2012-05

Numéro de dossier : 2010-12069

Date du décès : 24 septembre 2010

Âge : 75 ans

Documents examinés

- Ordonnance;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Rapports de police;
- Dossier médical du FSLD.

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner indépendamment les circonstances entourant la mort d'un résident de 75 ans d'un FSLD, qui est décédé après être resté pris dans un dispositif de retenue pour fauteuil roulant.

Histoire

Le résident avait des antécédents de démence, d'AVC, d'alcoolisme, de diabète de type 1, de BPCO et de dépression.

En septembre 2010, il prenait les médicaments suivants :

1. 8 mg de bromhydrate de galantamine par jour;
1. 15 mg de mirtazapine tous les soirs au coucher pour gérer des problèmes de sommeil et d'irritabilité;
2. 325 mg d'acide acétylsalicylique entérosoluble les lundis et jeudis;

3. Insuline Novolin^{md} 30/70;
4. 10 mg de ramipril par jour;
5. 0,75 mg de rispéridone tous les soirs au coucher
6. 175 mg de trazodone par voie orale tous les soirs au coucher et 25 mg toutes les quatre heures, au besoin, pour gérer ses problèmes d'agitation et d'insomnie.

L'homme a été admis au FSLD en août 2006 après être parti d'un autre FSLD. Son poids à l'admission était de 67 kg et en juillet 2010, il pesait 70 kg. Il avait l'habitude de se promener dans les couloirs la nuit. Lors de son admission, comme il cherchait toujours à fuguer, une alarme a été placée dans sa chambre. Il avait également une canne ou une marchette, mais il fallait constamment lui rappeler de les utiliser. En septembre 2007, pour assurer sa sécurité et celle des autres résidents, on a commencé à l'installer occasionnellement dans un fauteuil roulant ou un fauteuil gériatrique avec une ceinture.

À partir de février 2009, on a commencé à le placer dans un fauteuil roulant avec ceinture de sécurité. Le 8 juillet 2010, la directive concernant son fauteuil roulant a été modifiée pour y ajouter un système de retenue (point de débouclage unique) doté d'un verrou qu'on pouvait seulement dégager à l'aide d'un objet pointu (comme un stylo).

Le résident avait la réputation de devenir agité la nuit, et la première chose à faire lorsque cela arrivait était de l'attacher dans son fauteuil roulant afin qu'il puisse se déplacer librement sans risquer de tomber. Lorsqu'il était réveillé, tout le monde s'en rendait compte parce qu'il se promenait dans toute l'unité en parlant beaucoup.

Le 24 septembre 2010 vers 1 h 30, le résident a quitté sa chambre pour aller se promener dans corridor sans caleçon. On l'a ramené à sa chambre, puis on lui a mis un caleçon et on l'a attaché dans son fauteuil roulant en suivant la procédure normale. On l'a ensuite laissé dans sa chambre sans actionner les freins, pour lui permettre de se promener dans l'unité, rester dans sa chambre ou se rendre dans le fond du couloir.

Personne n'est allé vérifier, replacer ou détacher le résident jusqu'à ce qu'on le trouve à 5 h 30 ce matin-là. Un membre du personnel l'a vu pour la dernière fois à 5 h, puis on l'a trouvé mort dans sa chambre à 5 h 30.

Lorsqu'un membre du personnel est entré dans sa chambre, il l'a trouvé complètement avachi, la ceinture sous son menton. Son corps était au sol, et seules sa main et sa jambe étaient sur le fauteuil. L'employé a demandé de l'aide et a utilisé un crayon pour défaire sa ceinture. Comme le résident a alors émis un soupir, le personnel sur place a d'abord cru qu'il était correct, mais il a vite réalisé que ce n'était pas le cas. Aucune manœuvre de réanimation cardiorespiratoire n'a été entreprise, puisqu'une ordonnance de non-réanimation figurait au dossier du résident. Le personnel a affirmé que le résident « glissait toujours de son fauteuil ».

Un membre du personnel infirmier d'une autre unité est arrivé sur les lieux et a appelé le coroner. Ce dernier est arrivé, puis a demandé à la police de se présenter.

De nombreux commentaires figurant au dossier portaient sur des aspects liés aux moyens de contention utilisés pour le résident. Voici certains commentaires :

21 février 2007	Directives du médecin : « Ceinture de sécurité lorsqu'il est dans son fauteuil roulant; boucle arrière et fauteuil incliné lorsqu'il est très agité pour assurer la sécurité. »
11 juin 2009	Entrée du médecin dans le dossier médical informatisé : « La directive de la ceinture avec boucle arrière n'est probablement pas appropriée pour le résident parce qu'il a cessé de marcher. »
11 juin 2009	Directives du médecin : « Pas de ceinture avec boucle arrière. »
Août 2009	Directive écrite lors de la révision trimestrielle de la liste des directives : « Ceinture (pas de boucle arrière) pour assurer sa sécurité lorsqu'il est dans son fauteuil roulant. »
2 mars 2010	Les housses pour le coussin du fauteuil roulant sont arrivées, installées et fonctionnent comme prévu.
20 mai 2010	Verrou avant pouvant être dégagé avec un stylo appliqué, puisque le résident est capable de défaire sa ceinture et risque ++ de se blesser en chutant.
8 juillet 2010	Le médecin traitant a écrit : « Verrou avant pouvant être dégagé avec un stylo pour assurer sa sécurité – Clarifications. »
11 août 2010	Le résident doit être surveillé par le personnel lorsqu'il se promène en raison de la faiblesse de ses membres inférieurs et de son manque d'équilibre. Il utilise un fauteuil roulant et un repose-pieds pour se promener dans l'unité parce qu'il est trop instable lorsqu'il marche.
30 août 2010	Le résident a été vu par l'ergothérapeute qui installe les repose-pieds dans l'unité. Il n'y avait pas de housse sur le coussin du fauteuil roulant, puisque le résident avait tendance à glisser sur celle-ci.

Le personnel de l'établissement savait que de nouveaux règlements étaient entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2010 et que les dispositifs de retenue devaient être retirés du service. À cette date, on avait signalé que 21 dispositifs de ce genre étaient toujours utilisés. Lorsque l'incident s'est produit le 24 septembre 2010, sept dispositifs étaient toujours en service, mais ils ont tous été retirés le 28 septembre 2010.

L'ergothérapeute, dont le rôle consistait à aider le physiothérapeute et à fournir des solutions de mobilité sécuritaires aux résidents, a affirmé que le résident était capable de se mouvoir dans sa chaise et ne portait pas la ceinture au début. Les ceintures (c.-à-d., les dispositifs de retenue) ne peuvent (ou ne devraient) pas être enlevées par les résidents eux-mêmes.

Les housses servent à protéger le plastique qui recouvre les coussins des fauteuils roulants. La housse est munie de deux bandes Velcro qui adhèrent au coussin du siège, ce qui empêche la

personne de glisser. Les coussins sont faits sur mesure pour le résident et doivent être installés correctement pour être efficaces et sécuritaires.

Le coussin du fauteuil roulant du résident était placé à l'envers. Une housse temporaire était utilisée parce qu'on n'avait pas encore reçu la bonne housse. Par conséquent, le coussin et la housse temporaire n'étaient pas installés correctement.

Autopsie

L'autopsie a révélé les éléments suivants :

La conjonctive du défunt présentait de multiples pétéchies. On a observé des pétéchies florides à son visage. Il avait une entaille de 4 cm x 1 cm sous le côté droit du menton. Aucune ecchymose sur les muscles sous-hyoïdiens n'a été observée, et l'os hyoïde et les cartilages du larynx étaient intacts.

La description de la scène, la présence d'une entaille au cou et de pétéchies florides au-dessus du niveau de la compression indiquent que la cause médicale du décès est la compression du cou résultant de la suspension à une ceinture.

Discussion

Le défunt était un homme de 75 ans atteint de démence. Il a résidé au FSLD de 2006 à 2010, soit jusqu'à son décès. Il avait l'habitude de se promener dans le couloir et de parler très fort, ce qui dérangeait souvent les autres résidents.

En 2009, on lui a attribué un fauteuil roulant pour qu'il puisse se déplacer dans l'établissement. Le fauteuil était muni d'une ceinture (c.-à-d., un dispositif de retenue), mais l'homme était capable de la détacher. On savait qu'il glissait souvent sous sa ceinture.

En juillet 2010, on a changé le dispositif de retenue pour un dispositif nécessitant un autre objet (p. ex., un crayon), pour le déverrouiller. Or, un règlement interdisant l'utilisation de ce type de dispositif est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2010.

Le résident est décédé en raison d'une compression du cou qui s'est produite lorsqu'il a glissé de son fauteuil roulant et que son cou est resté pris dans la ceinture.

Le comité de vérification de la conformité des soins du MSSLD, au terme de son enquête, a conclu que l'établissement n'a pas respecté plusieurs aspects des procédures relatives aux dispositifs de retenue décrites dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Le MSSLD a émis des ordonnances de conformité le 12 octobre 2010 :

1. Le titulaire de permis ne devrait pas utiliser d'appareils interdits qui sont destinés à restreindre les mouvements dans le FSLD, conformément au Règlement de l'Ontario

79/10 paragraphe 8 (112), y compris la ceinture munie d'un verrou avant pouvant être délogé avec un stylo.

1. Le titulaire de permis devrait veiller à ce que les résidents attachés à l'aide d'un dispositif physique soient surveillés au moins une fois l'heure ainsi que détachés et replacés au moins une fois toutes les deux heures par un membre du personnel autorisé ou un autre membre du personnel.
2. Le titulaire de permis devrait préparer, soumettre et appliquer un plan de conformité pour satisfaire aux exigences en matière de documentation de chaque utilisation d'un dispositif physique. Cette documentation comprendrait le consentement; la personne ayant appliqué le dispositif et la période d'application; l'évaluation et la surveillance, y compris la réaction du résident; la fréquence de retrait du dispositif; tous les changements de position du résident; et le moment du retrait du dispositif.

Depuis le 24 septembre 2010, l'établissement satisfait à toutes les exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Association, à l'Ontario Long Term Care Physicians :

1. Il faudrait encourager les FSLD à envisager les solutions de rechange aux moyens de contention physique. La plupart du temps, les risques associés aux moyens de contention physique l'emportent sur les avantages. Ce type de dispositif est utilisé dans des situations susceptibles de mettre la vie en danger et pendant de courtes périodes seulement.
 1. Le MSSLD, l'Ontario Long Term Care Association et l'Ontario Long Term Care Physicians doivent collaborer afin d'explorer l'approche interprofessionnelle à volets multiples visant à réduire l'utilisation de moyens de contention physique, conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, au Règlement de l'Ontario 79/10 et à la *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*.
 2. Les FSLD doivent comprendre le règlement visant à réduire l'utilisation des moyens de contention et améliorer leur conformité en ayant pour objectif de cesser de les utiliser.
 3. Les statistiques de mesures de la qualité liées à l'utilisation des moyens de contention dans les FSLD devraient être divulguées au public au moyen de l'initiative QSSO ou *Priorité aux résidents*.
-

Cas : 2012-06

Numéro de dossier : 2011-2219

Date du décès : 18 février 2011

Âge : 87 ans

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coroner;
- Dossier médical du médecin de famille;
- Dossier médical du FSLD;
- Dossier médical de l'hôpital général local de soins actifs.

Motif de l'examen

La défunte est morte des complications liées à une fracture de la hanche qu'elle a subie lorsqu'elle est tombée par terre alors qu'elle se tenait debout au FSLD où elle habitait. Il a été suggéré qu'elle aurait été poussée par un autre résident juste avant la chute.

Histoire

La défunte était une femme de 87 ans qui a été admise dans un FSLD le 10 novembre 2010 après avoir quitté la maison de retraite où elle vivait. Comme elle souffrait de démence, ses besoins en matière de soins avaient augmenté au point où on ne pouvait plus les combler à la maison de retraite. Il a été noté dans l'évaluation de sa demande au CASC qu'elle était solitaire et passait de longues périodes seule dans la chambre individuelle qu'elle occupait à la maison de retraite. Elle pouvait manifester de la résistance et parfois s'attaquer aux personnes qui s'occupaient d'elle.

Elle avait des antécédents de coronaropathie avec infarctus du myocarde (1994), d'insuffisance cardiaque congestive, de démence sénile, d'arthrose et d'arthroplastie totale du genou droit, de fibrillation auriculaire chronique, d'hypertension, de carcinome squameux au 5^e doigt de la main gauche traité par une application intermittente d'azote liquide, et d'une ancienne lumpectomie du sein pour traiter un cancer.

Lors de son admission au FSLD, elle prenait les médicaments suivants : 5 mg de donépézil par jour, 60 mg de furosémide deux fois par jour, 20 mEq de potassium par jour, 15 mg d'oxazépam par jour au coucher, 10 mg de fosinopril deux fois par jour, 4 mg de warfarine par jour, 50 mg de métoprolol deux fois par jour et 0,25 mg de digoxine par jour.

Lorsque la femme a été admise au FSLD, l'équipe interprofessionnelle a effectué un examen complet. On a observé une désorientation accrue chez la femme après son admission; il fallait souvent la rediriger pour qu'elle retrouve sa chambre et lui rappeler qu'il s'agissait de sa nouvelle maison. Son pointage au MMSE de Folstein effectué lors de son admission était de 12/30. Sur le plan fonctionnel, elle était capable de se déplacer seule et de se nourrir, mais elle avait besoin d'assistance pour accomplir ses activités quotidiennes et souffrait d'incontinence.

Une note rédigée par le personnel infirmier lors de son admission indique qu'elle « devenait agitée et physiquement agressive lorsqu'elle était effrayée ou ne comprenait pas bien ce qu'on lui demandait ».

La femme avait du mal à s'habituer à partager sa chambre avec une autre personne au FSLD. Elle se montrait territoriale : il lui arrivait souvent de crier à sa compagne de chambre de quitter la chambre et devenait agitée en sa présence. Au cours du premier mois, des membres du personnel ont dû les séparer à plusieurs reprises parce qu'elles criaient l'une après l'autre. On lui a alors assigné une nouvelle chambre à deux lits, mais son comportement ne s'est pas amélioré.

Le 17 novembre 2010, les notes du personnel infirmier indiquent qu'elle était très agitée et qu'elle continuait d'exiger que sa compagne de chambre quitte « sa » chambre. Elle croyait que son fils et elle étaient propriétaires de l'endroit et qu'ils y habitaient depuis longtemps. Elle disait très clairement qu'elle était mécontente de partager sa chambre avec une autre personne. Le personnel infirmier est intervenu pour lui expliquer qu'elle venait de déménager et que le FSLD était sa nouvelle résidence. Il lui a également dit qu'il n'y avait pas de chambre individuelle et qu'elle devait partager sa chambre avec une autre personne.

Le 20 novembre 2010, alors qu'elle était encore très agitée, elle a demandé que sa compagne de chambre quitte « sa » chambre. Le personnel l'a une fois de plus redirigée en lui expliquant qu'elle devait désormais partager sa chambre.

Le 26 novembre 2010, le médecin traitant lui a prescrit 25 mg de quétiapine toutes les six heures, au besoin, pour calmer son agitation. Le 15 décembre 2010, il a modifié l'ordonnance pour lui administrer 12,5 mg à midi et à 18 h; puis, le 29 décembre, il a augmenté sa dose à 25 mg à 6 h et à midi tous les jours, plus une autre dose de 25 mg, au besoin. Le physiothérapeute lui a prescrit une marchette pour améliorer son équilibre et sa stabilité.

Le 11 janvier 2011, on a commencé à lui administrer 75 mg de zanamivir (Relenza^{md}) une fois par jour en raison d'une éclosion de grippe au FSLD.

Le 12 janvier 2011, des membres du personnel ont entendu des cris et des hurlements provenant de la chambre de la résidente. L'employée qui est arrivée en premier dans la chambre (une PSSP) affirme avoir vu la résidente (c.-à-d. la défunte) se faire pousser par sa compagne de chambre et tomber par terre. La résidente s'est tout de suite mise à se plaindre de douleurs dans la région de la hanche et a demandé à l'employée « Comment je me suis retrouvée là? ». Elle a été transférée à l'hôpital général local de soins actifs, où elle a passé une radiographie qui a révélé une fracture sous-capitale déplacée de la hanche droite.

Le 14 janvier 2011, la patiente a subi une réparation chirurgicale de la hanche qui a nécessité une plaque avec vis à compression. Sa récupération postopératoire a été compliquée par une pneumonie (traitée à l'aide de moxifloxacine), une infection urinaire à *E. coli* et une infection entérique *C. difficile*. Malgré des séances de physiothérapie, elle n'a pas réussi à retrouver sa mobilité après l'intervention chirurgicale.

Le 3 février 2011, elle a été retransférée au FSLD.

La santé physique et cognitive de la femme a continué de se dégrader après son retour au FSLD. Elle ressentait une douleur constante à la hanche, ne marchait pas et a commencé à consommer moins de nourriture et de liquides. Comme elle s'affaiblissait, on a commencé à lui donner des aliments à texture modifiée et des liquides épaissis. Le 16 février 2011, on a commencé à lui administrer des soins palliatifs.

Le 18 février 2011, soit 15 jours après avoir reçu son congé de l'hôpital, la femme est décédée au FSLD.

On n'a pas immédiatement avisé un coroner de son décès. Le coroner local a eu connaissance des renseignements relatifs au décès parce qu'on lui a demandé de signer le certificat d'incinération. Comme il y avait une possibilité que la femme ait été poussée par une autre résidente du FSLD, la police a été prévenue.

Lors de l'enquête de police, on a déterminé qu'aucun membre du personnel n'a vraiment vu la femme se faire pousser ou tomber par terre. On a mis fin à l'enquête de police, car la résidente qui l'aurait présumément poussée est décédée durant le processus d'enquête. Comme on n'a pu déterminer si la femme était tombée ou avait été poussée, on a conclu que le mode de décès était « indéterminé ».

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Discussion

Cette femme de 87 ans est décédée des complications liées à une fracture de la hanche. On n'a pu déterminer si elle est tombée par elle-même ou si elle a été poussée par une autre résidente du FSLD.

Le placement de cette femme solitaire et territoriale atteinte de démence dans une chambre à deux lits peut avoir contribué à sa mort. Il est clair d'après les dossiers que de nombreuses agressions verbales se sont produites entre elle et sa compagne de chambre.

De plus, la femme prenait des médicaments (oxazépam, quétiapine et Relenza^{MD}) qui pourraient avoir accru son risque de chute.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Ontario Long Term Care Association et à la Société canadienne de gériatrie :

1. Il faudrait envisager de placer dans une chambre individuelle les résidents ayant des antécédents de comportements territoriaux ou d'agressions physiques ou verbales. Cela réduirait les risques d'intensification des comportements agressifs.

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que les neuroleptiques et les médicaments antiviraux augmentent les risques de chute. Les fournisseurs de soins de santé devraient toujours tenir compte de ces risques lorsqu'ils prescrivent ces types de médicament.
 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que tous les décès qui surviennent à la suite d'un événement non naturel (comme une poussée ou une chute) doivent être signalés à un coroner.
-

Cas : 2012-07

Numéro de dossier : 2012-462

Date du décès : 9 janvier 2012

Âge : 99 ans

Documents examinés

- Rapport d'enquête du coroner;
- Correspondance de la famille de la défunte;
- Dossiers d'admission à l'hôpital de soins actifs;
- Dossiers du FSLD.

Motif de l'examen

Le coroner régional principal a transmis ce cas au Comité, puisque des préoccupations ont été soulevées par la famille à l'égard des soins fournis à la défunte, surtout en ce qui concerne le temps qui s'est écoulé entre le moment de sa chute au FSLD où elle résidait et son transfert à l'hôpital pour recevoir d'autres soins médicaux.

La famille a soulevé des préoccupations précises sur la nature de la chute ainsi que les interventions du personnel à la suite de l'incident, dont les décisions qu'il a prises et le moment de ces décisions.

Histoire

La défunte était une femme de 99 ans qui a été admise dans un FSLD le 29 janvier 2009. Elle souffrait d'une démence de type Alzheimer depuis environ 10 ans lorsqu'elle est décédée. La femme se déplaçait à l'aide d'une marchette, et aucune chute récente ne figurait à son dossier. Elle participait activement aux programmes du FSLD et bénéficiait du soutien de sa famille, à qui elle parlait tous les jours.

Les antécédents médicaux de la résidente comprenaient la maladie d'Alzheimer, l'hypertension, le cancer du côlon et une colectomie (2009), la fibrillation auriculaire, la dépression, le reflux œsophagien, une fracture au poignet, l'ostéoporose et une scoliose. Elle ne fumait pas et ne consommait pas d'alcool.

Lors de son transfert à l'hôpital, elle prenait les médicaments suivants : 5 mg de quinapril par voie orale une fois par jour; 20 mg de citalopram par voie orale une fois par jour; 30 mg de mirtazapine par voie orale une fois par jour; 30 mg de lansoprazole par voie orale une fois par jour; 0,025 mg de L-thyroxine par voie orale une fois par jour; 10 mg de dompéridone par voie orale deux fois par jour; et 1 000 UI de vitamine D par voie orale une fois par jour.

Le 6 janvier 2012 à 5 h 45, la femme a fait une chute sans témoin dans sa chambre au FSLD. Une PSSP a entendu un bruit et est accourue. En entrant dans la chambre, elle a trouvé la résidente étendue au sol sur le côté gauche, se plaignant de douleur dans la partie droite de l'aîne. L'infirmière autorisée en service est immédiatement venue évaluer la situation et a constaté que la jambe droite de la résidente ne semblait pas raccourcie ou tournée vers l'extérieur, et que cette dernière pouvait se tenir debout. On l'a remise au lit et on lui a donné du Tylenol^{MD} pour soulager la douleur.

À 6 h 50, la résidente s'est rendue aux toilettes avec l'aide d'un membre du personnel. Lorsqu'il a constaté qu'elle était dyspnéique, il l'a remise au lit et a appelé une ambulance pour la transférer à l'hôpital. Informée de son transfert, sa famille est arrivée à 7 h 30, alors que les ambulanciers se préparaient à partir pour l'hôpital.

Les notes de l'ambulance indiquent que la femme se plaignait de douleur à l'aîne et à la hanche droites et que le mouvement intensifiait sa douleur, mais ne font pas état d'inégalité des jambes ou de rotation de la jambe. Pourtant, les notes fournies par la famille indiquent que les ambulanciers ont signalé une rotation et un raccourcissement de la jambe.

Lorsque la femme est arrivée à l'hôpital de soins actifs, ses signes vitaux étaient les suivants : fréquence cardiaque régulière de 104 battements par minute, fréquence respiratoire de 24, tension artérielle de 120/74 et saturation en oxygène de 77 % avec 5 l d'oxygène administré à l'aide de canules nasales. On a augmenté son oxygène d'appoint à 50 % au moyen d'un masque, ce qui a amené sa saturation en oxygène à 92 %.

Le dossier du service des urgences indique qu'on a administré à la femme un soluté physiologique par voie intraveineuse (pour garder la veine ouverte), une dose appropriée de morphine intraveineuse pour assurer son confort et du dimenhydrinate. À la suite d'une discussion sur une ordonnance de non-réanimation, la famille a indiqué qu'elle souhaitait qu'on n'effectue pas de réanimation cardiorespiratoire, d'admission dans un service de soins intensifs ou d'intubation.

Le dossier indique que la femme a été examinée par un étudiant en médecine qui travaillait au service d'orthopédie. Les notes mentionnent une ecchymose à la hanche droite, une rotation externe et une sensibilité à la palpation, mais ne précisent rien au sujet de la longueur de la jambe. L'étudiant a noté que la femme respirait avec la bouche à demi fermée et qu'un examen

thoracique a révélé des « bruits vésiculaires ». Les premiers clichés sans préparation de la hanche droite effectués à l'urgence ont montré une fracture du col fémoral avec subluxation de la partie supérieure du corps du fémur, mais pas de luxation ou d'angulation.

D'autres notes du service d'orthopédie indiquent que la femme semblait présenter une lésion lytique bien définie du col fémoral. D'autres clichés sans préparation ont révélé les éléments suivants : « Une fracture légèrement engrenée dans la région sous-capitale de la hanche droite. Aucune fracture ou lésion osseuse détectée dans le fémur distal. Une partie des bords de la fracture ne peut être vue, laissant craindre la possibilité d'une fracture pathologique. » Un tomodensitogramme de la hanche effectué plus tard ce jour-là a révélé ce qui suit : « Fracture comminutive présente dans le col fémoral droit avec des signes de destruction osseuse indiquant une fracture pathologique. Angulation antéro-latérale des fragments osseux avec impaction modérée et déplacement supéro-latéral. »

La radiographie pulmonaire initiale (d'ensemble) de l'urgence a révélé que les poumons de la femme étaient dégagés, mais un peu plus denses et au contour arrondi sur le côté droit. L'élargissement de la région paratrachéale était déjà présent avant et vraisemblablement de nature vasculaire, et on a observé un arc aortique droit.

Au cours des 24 heures suivantes, la femme a eu besoin de plus en plus d'oxygène. Le 7 janvier 2012, ses saturations en oxygène ont chuté dans les 80 % malgré l'oxygène à 50 % administré par masque. On a alors commencé à lui administrer un fort débit d'oxygène, ce qui a amélioré sa saturation. Sa fréquence respiratoire était de 20-22 par minute, et on lui a administré du furosémide par voie intraveineuse. Une consultation médicale a été demandée.

Une radiographie pulmonaire réalisée le 7 janvier 2012 a confirmé une insuffisance cardiaque accompagnée « d'espaces interstitiels légèrement accrus et d'une congestion du lobe supérieur correspondant à un œdème pulmonaire bénin ». Une consultation en médecine interne s'est soldée par un diagnostic d'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST et d'insuffisance cardiaque congestive. Même si la patiente avait évacué un litre de liquide durant la nuit, sa santé respiratoire a continué de se dégrader. L'équipe médicale a indiqué que son état n'était pas assez stable pour qu'on l'opère.

Au petit matin le 8 janvier 2012, sa saturation en oxygène s'est mise à chuter malgré l'oxygène à 90 % qu'on lui administrait par masque, et elle est devenue de plus en plus congestionnée. Les notes du service d'orthopédie indiquent que lors de son admission le 6 janvier 2012, sa troponine était élevée, avec des taux initiaux de 0,10 µg/l (N<0,03 µg/l), et son taux de créatine kinase (CK) était de 283 U/l (N<167 U/l). Son taux de troponine a chuté à 0,06 et à 0,05, et sa CK est tombée à 160 le matin du 8 janvier 2012.

Le 9 janvier 2012, la femme ne réagissait plus au traitement, et ses besoins en oxygène augmentaient. On a recommandé que l'équipe des soins palliatifs la voie.

Le 9 janvier 2012 à 17 h 17, on a trouvé la femme sans signes vitaux.

Au moment de son décès, elle prenait les médicaments suivants :

60 mg de furosémide par voie intraveineuse deux fois par jour; de l'acétaminophène, au besoin; 81 mg d'acide acétylsalicylique par voie orale une fois par jour; 40 mg d'atorvastatine par voie orale une fois par jour; 10 mg de bisacodyle, au besoin; 1 000 UI de vitamine D3 une fois par jour; 20 mg de citalopram par voie orale une fois par jour; 5 000 UI de daltéparine par voie sous-cutanée tous les soirs au coucher; 25 mg de dimenhhydrinate toutes les quatre heures, au besoin; 100 mg de docusate de sodium par voie orale deux fois par jour; 10 mg de dompéridone par voie orale deux fois par jour; du lactulose une fois par jour, au besoin; 30 mg de lansoprazole par voie orale une fois par jour; 0,025 mg de L-thyroxine par voie orale une fois par jour; 30 ml de lait de magnésie par voie orale une fois par jour, au besoin; 5 à 10 mg de métoprolol par voie orale ou intraveineuse toutes les six heures, au besoin; 30 mg de mirtazapine par voie orale au coucher; 2 à 5 mg de morphine par voie sous-cutanée toutes les trois heures, au besoin; un timbre libérant 0,4 mg de nitroglycérine par heure; 4 à 8 mg d'ondansétron par voie intraveineuse toutes les huit heures, au besoin; 5 mg de quinapril par voie orale une fois par jour; du senné par voie orale au coucher; un lavement au phosphate de sodium par jour, au besoin; 7,5 mg de zopiclone par voie orale au coucher, au besoin; 0,25 à 0,50 mg de Dilaudid par voie sous-cutanée toutes les trois heures, au besoin.

Le coronar a été prévenu du décès, puisque la femme avait récemment fait une chute et que la famille avait exprimé ses préoccupations au personnel de l'hôpital sur les soins fournis au FSLD avant son transfert à l'hôpital.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée. Voici la conclusion du coronar à l'issue de son enquête :

- Cause médicale du décès : insuffisance cardiaque congestive, infarctus du myocarde.
- À la suite de : fracture à la hanche droite.
- Facteurs contributifs : démence.

Discussion

Cette femme de 99 ans a fait une chute sans témoin qui a entraîné une fracture à la hanche droite. L'évaluation initiale du personnel infirmier n'indique pas de signes manifestes de fracture. Comme on a constaté que la femme était dyspnéique lorsqu'on l'a amenée aux toilettes, on l'a transférée dans un hôpital de soins actifs. À l'hôpital, on a noté qu'elle présentait des signes de fracture pathologique de la hanche ainsi qu'une insuffisance cardiaque congestive s'aggravant malgré le traitement administré. On a commencé à lui administrer des soins de confort à la demande de la famille, puis elle s'est éteinte paisiblement.

L'infirmière qui a procédé à l'évaluation initiale de la résidente après sa chute estimait qu'il n'y avait pas suffisamment de signes pour confirmer la présence d'une fracture à la hanche. Les symptômes comprennent habituellement une douleur à la hanche, de l'enflure, des ecchymoses et une déformation de la jambe. Il est possible que d'importantes ecchymoses ne soient pas visibles si la fracture est intracapsulaire. La jambe blessée sera uniquement raccourcie ou tournée vers l'extérieur si la fracture est déplacée. Certains patients ayant une fracture très peu engrenée peuvent être en mesure de porter leur poids. Les premières radiographies montrent clairement

que la fracture à la hanche droite était seulement légèrement engrenée et qu'il n'y avait pas de séparation importante de l'articulation.

À l'hôpital, on a constaté des signes d'insuffisance cardiaque congestive avec hypoxie croissante, une oppression thoracique et des signes radiologiques d'un œdème pulmonaire. On n'a observé aucun signe déterminé d'infarctus aigu du myocarde. Rien n'indique que le fait d'avoir amené la résidente aux toilettes avec sa hanche fracturée a précipité l'infarctus.

L'électrocardiogramme réalisé lors de l'admission à l'hôpital montrait un rythme sinusal avec extrasystoles auriculaires et anomalies non spécifiques de l'onde T. La troponine cardiaque est un test très sensible qui peut donner un résultat positif même en l'absence d'un syndrome coronarien aigu thrombotique. L'augmentation légère de troponine correspondait à la présence d'une insuffisance cardiaque congestive et d'une insuffisance rénale.

Même si le Comité a remis en question le diagnostic d'infarctus aigu du myocarde, il reconnaît que le risque de mortalité est accru lorsqu'il est associé à une augmentation de la troponine, même dans les cas de syndromes non thrombotiques. Il est fort probable que l'insuffisance cardiaque ait commencé à se développer dans les jours ou les semaines ayant précédé son hospitalisation. Les notes de l'étudiant en médecine et de la famille indiquent que quelques mois avant sa chute, la femme était essoufflée, prenait du poids et présentait un œdème périphérique. Au FSLD, le poids de la femme était surveillé de façon régulière, et rien n'indique qu'il y a eu des changements importants dans les mois qui ont précédé son décès : en juillet 2011, elle pesait 49,5 kg et en janvier 2012, 49,1 kg.

Le Comité reconnaît également que l'insuffisance cardiaque congestive peut avoir contribué à la chute.

Quant aux soins prodigués et aux évaluations effectuées au FSLD, le Comité est d'avis que le délai de transfert n'a pas contribué au décès de la femme. La décision initiale de ne pas la transférer à l'hôpital reposait sur l'évaluation du personnel infirmier, qui n'a révélé aucun signe déterminé de fracture à la hanche. Aucune preuve n'étaye les allégations de la famille voulant que le FSLD ait subi des pressions pour réduire les transferts à l'hôpital.

Bien que les stratégies de prévention des chutes pour les personnes âgées constituent des initiatives importantes et valables, il n'en demeure pas moins que cette femme avait une fracture pathologique et que sa chute n'aurait pu être empêchée, même avec la mise en place d'une aide pratique pour ses déplacements et de mesures de sécurité.

La famille de la défunte a affirmé que le personnel du FSLD ne communiquait pas rapidement les renseignements. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle aurait aimé avoir une discussion approfondie avec le personnel du FSLD afin de mieux comprendre l'évaluation de la chute et les décisions qui en ont découlé. Le Comité appuie la recommandation de la famille (recommandation n° 2) pour que des examens d'incidents critiques, y compris des comptes rendus aux familles, soient effectués par le MSSLD et les FSLD.

Recommandations

1. Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé qu'il peut y avoir présence d'une fracture à la hanche même en l'absence d'un raccourcissement de la jambe ou d'une rotation de la hanche. Une personne peut être capable de porter son poids même si elle a une fracture. Les professionnels de la santé doivent maintenir un haut niveau de présomption de fracture chez les personnes âgées fragiles, même en l'absence de signes physiques confirmant la fracture.
1. Pour améliorer la qualité des soins fournis dans les FLSD, le MSSLD et les FSLD devraient élaborer un processus d'examen d'incidents critiques et de compte rendu aux familles dans un environnement exempt de blâme en s'appuyant sur les leçons tirées de ce processus.

Références

1. JEREMIAS, A., et M. GIBSON. « Narrative Review: Alternative Causes for Elevated Cardiac Troponin Levels when Acute Coronary Syndromes Are Excluded », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 9, 2005, p. 786-791.
 2. MCLAUGHLIN, M. A., G. M. OROSZ, J. MAGAZINER et collab. « Preoperative Status and Risk of Complications in Patients with Hip Fracture », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, 2006, p. 219.
-

Cas : 2012-08

Numéro de dossier : 2012-929

Date du décès : 22 janvier 2012

Âge : 74 ans

Documents à examiner

- Lettre du coroner régional principal;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Notes des deux FSLD (incomplètes);
- L'évaluation du CASC pour les soins de longue durée;
- Notes des services de santé mentale des adultes (incomplètes).

Histoire

Le défunt était un homme de 74 ans qui a été orienté vers les services de santé mentale des adultes pour la première fois en 1992, après la mort d'un de ses parents. Il a été traité pour un trouble dépressif psychotique et de l'anxiété. En décembre 1995, à l'âge de 58 ans, il a été admis dans un hôpital de soins actifs en raison d'une confusion et d'hallucinations auditives. Les notes

rédigées lors de l'admission indiquent qu'il avait des antécédents de trouble schizo-affectif. Il vivait seul et conduisait une voiture. Il recevait de l'aide d'un groupe de travail communautaire, qui a remarqué son état de confusion et l'a aiguillé vers l'hôpital. Il prenait alors les médicaments suivants : 300 mg de ranitidine au coucher; 1 mg de lorazépam toutes les six heures, au besoin; 2 mg de benztropine par jour; 50 mg de fluvoxamine au coucher; et 50 mg de propiomazine au coucher. On croit qu'une mauvaise observance thérapeutique et une malnutrition récente auraient pu contribuer à la détérioration de son état. On ne dispose d'aucune autre note de l'hôpital.

L'évaluation psychiatrique suivante de l'homme a été réalisée le 30 juin 1999. Il se plaignait principalement d'entendre des voix. Les voix se présentaient sous la forme d'un journal télévisé, et il les entendait généralement durant la saison des orages électriques (c.-à-d., juillet, août et septembre). Il affirmait qu'il allait bien le reste de l'année. Le psychiatre croyait que le patient souffrait d'un type de trouble psychotique. À ce moment-là, le patient prenait les médicaments suivants : 2 mg d'halopéridol par jour; 2 mg de benztropine deux fois par jour; et 5 mg de lorazépam quatre fois par jour. Le plan consistait à diminuer graduellement sa dose d'halopéridol et de réévaluer ensuite sa santé mentale.

Les notes suivantes du psychiatre fournies au Comité datent du 3 octobre 2000. L'état du patient s'était détérioré à la suite d'un violent orage électrique, qui avait provoqué une augmentation de courte durée de ses hallucinations auditives. On a augmenté sa médication, et son état s'est amélioré. À ce moment-là, il prenait 10 mg d'olanzapine au coucher, 0,5 mg de lorazépam trois fois par jour, plus 2 mg au coucher, et 30 mg d'oxazépam au coucher. Le psychiatre croyait que le patient souffrait d'un trouble psychotique et comptait étudier la possibilité de diminuer sa dose de benzodiazépines une fois cette crise aiguë calmée. Le Comité ne dispose pas d'autres notes du psychiatre.

En mai 2010, l'homme a été admis dans un hôpital de soins actifs en raison d'une faiblesse et d'une incapacité à s'occuper de lui-même. Sa note de congé indique qu'il souffrait de schizophrénie et que la principale cause de son hospitalisation était son incapacité fonctionnelle (en particulier sa malnutrition) et non ses troubles psychotiques. Il était mentionné dans la demande de soins de longue durée envoyée au CASC qu'il avait contracté une infection à *Clostridium difficile* soit à l'hôpital, soit juste avant d'y être admis. L'évaluation du CASC effectuée en juin 2010 indique que sa démarche et son équilibre étaient normaux et qu'il souffrait d'incontinence occasionnelle, mais qu'il était autonome pour toutes ses activités quotidiennes. Il a obtenu une note de 2/14 à un test de dépistage de la dépression, ce qui signifie qu'il présentait peu de symptômes dépressifs.

Le 24 juin 2010, il a reçu son congé du FSLD 1. Son séjour fut sans histoire, mais il a continué de prendre des neuroleptiques et une dose de 25 mg par jour d'olanzapine (10 mg deux fois par jour, plus 5 mg au coucher). Il prenait également du furosémide, un supplément de potassium, un supplément de fer, 0,5 mg de lorazépam toutes les huit heures et 0,25 mg de rispéridone deux fois par jour, et on lui administrait une routine de soins intestinaux.

Le 2 juin 2011, il a été transféré au FSLD 2 (probablement son premier choix à l'origine). Il semble s'y être adapté plutôt bien, et aucun problème de comportement n'a été noté. Le 11 juin,

le résident a fait une chute, et sa famille l'a amené à l'hôpital, où on a établi qu'il avait le nez cassé. Il avait mal au bras gauche, mais aucune fracture n'a été détectée. Le 13 juin 2011, il a été vu par le médecin traitant, qui a diminué sa dose d'olanzapine à 5 mg deux fois par jour. Le résident prenait du Tylenol^{MD} pour soulager sa douleur au bras. Le 4 juillet 2011, sa dose d'olanzapine a de nouveau été diminuée à 2,5 mg deux fois par jour, et le 12 juillet, on lui a administré le MMSE, pour lequel il a obtenu la note de 22/30.

À la mi-novembre 2011, on a observé un comportement inapproprié chez le résident, et on a rétabli sa médication (illisible dans le dossier). À partir du 7 novembre 2011, on a commencé à lui administrer beaucoup moins de lorazépam, et le 25 novembre 2011, on a noté qu'il se sentait mieux. Toutefois, le 28 novembre, on a augmenté sa dose d'olanzapine, puisqu'il commençait à être agité. À la mi-décembre, il allait beaucoup mieux et s'est remis à accomplir ses activités quotidiennes.

Le 2 janvier 2012, il a entamé un traitement de physiothérapie visant à réduire son risque de chute et à accroître sa mobilité. Entre le moment de son admission et le 7 novembre, il a maintenu un poids stable, mais entre le 7 novembre 2011 et le 17 janvier 2012, il a perdu environ 3,2 kg.

Le 17 janvier 2012 à 6 h 45, de façon inattendue, le résident a tiré la sonnette d'appel et a informé un PSSP qu'il venait de tenter de se suicider en ingurgitant la moitié d'une bouteille de shampoing antipelliculaire ainsi qu'une importante quantité de rince-bouche. Il était déçu que sa tentative ait échoué et disait : « Je ne veux plus vivre. Pourquoi est-ce que ça n'a pas fonctionné? » Il a été évalué par une infirmière, qui a appelé le médecin et le Centre anti-poison, après quoi il a été transféré dans un hôpital de soins actifs. À l'urgence, il a vomi et aspiré ses vomissures. Il a été admis à l'hôpital, puis il est décédé le 22 janvier 2012.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Cause du décès : pneumonie par aspiration.

Discussion

Cet homme de 74 ans recevait un médicament fréquemment administré dans les FSLD (olanzapine), mais pour une indication peu commune, soit un diagnostic principal de troubles psychotiques. La majorité des résidents de FSLD prennent des neuroleptiques, dont fait partie l'olanzapine, pour maîtriser les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Toutefois, dans leur cas, les avantages sont relativement faibles, alors que les risques sont élevés. Par conséquent, une tentative concertée pour diminuer, voire cesser, le ou les médicaments en cause serait une intervention appropriée pour faire suite à une chute importante, comme celle subie par le résident en juin 2011. Cependant, le résident souffrait d'un vrai trouble psychotique (probablement la schizophrénie), et le rapport risques-avantages des neuroleptiques dans son cas était différent¹, favorisant probablement le traitement d'entretien.

La fiche de consultation psychiatrique n'a pas permis de déterminer s'il était justifié de diminuer la dose d'olanzapine. Il a été impossible d'établir si l'absence de ces données était due au fait qu'on a jugé qu'une telle justification n'était pas nécessaire ou que ce type de consultation n'est pas disponible. L'opinion d'un spécialiste aurait pu s'avérer utile dans ce cas.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Ontario Long Term Care Association et à l'Office de réglementation des maisons de retraite :

1. Il faudrait adopter une approche avec une équipe multidisciplinaire pour répondre aux besoins complexes des patients ou des résidents d'établissements de soins gériatriques ou de longue durée. Tous les FSLD devraient avoir accès à des consultations avec des spécialistes en psychiatrie. De telles consultations pourraient être utiles dans la prise en charge des SCPD et d'autres troubles psychiatriques peu courants.
1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé qu'il est essentiel de tenir compte des diagnostics sous-jacents avant d'utiliser des neuroleptiques. Les médecins d'établissements de soins de longue durée doivent déterminer le trouble sous-jacent et consigner les risques et les avantages du traitement en conséquence.
2. Il faudrait tenir compte du nombre croissant de patients en gériatrie ayant un diagnostic principal de troubles psychotiques lorsqu'on élabore des programmes de formation destinés aux fournisseurs de soins de santé.

Références

1. LEUCHT, S., et collab. « Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis », *Lancet*, vol. 379, 2012, p. 2063-2071.

Cas : 2012-09

Numéro de dossier : 2012-1461

Date du décès : 29 janvier 2012

Âge : 71 ans

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coroner;
- Dossier médical de l'hôpital;
- Correspondance de la famille du défunt.

Motif de l'examen

Le coroner régional principal a demandé au Comité d'examiner ce cas en raison de problèmes possibles de supervision et de communication soulevés par la famille du défunt.

Histoire

Le défunt était un homme de 71 ans qui vivait dans la collectivité avec sa femme. Il a été admis à l'hôpital en raison de chutes. Ses antécédents médicaux comprenaient un accident ischémique cérébral (2005), un AVC hémorragique et une craniotomie (2007), des crises d'épilepsie partielles complexes, de l'hypertension, une cardiopathie ischémique avec infarctus du myocarde (1986 et 1988), un pontage coronarien (1999), une lésion au poumon gauche subie au cours d'un pontage, un diabète de type 2, l'arthrose de la hanche gauche, des genoux et des épaules, et un cancer de la gorge (radiothérapie et chirurgie en 2007).

Au moment de son admission, l'homme prenait les médicaments suivants : 40 mg de furosémide par jour; 5 mg d'amlodipine par jour; de la phénytoïne (dose indéterminée); 500 mg de metformine deux fois par jour; 5 mg de ramipril par jour; 40 mg de paroxétine par jour; 12,5 mg de métoprolol deux fois par jour; 250 mg de divalproex deux fois par jour; et 10 mg de rosuvastatine par jour.

L'homme a été admis à l'hôpital le 29 décembre 2011. Il avait des antécédents de violence physique envers sa femme, et cette visite à l'urgence a été précipitée par une agression à son endroit. Elle était incapable de s'occuper de lui et l'a amené à l'hôpital. À l'urgence, il était confus, plutôt désorienté et avait de la difficulté à trouver ses mots, mais il ne semblait pas agressif. On l'a gardé à l'hôpital, car il ne semblait pas sécuritaire de le laisser repartir avec sa femme à la maison.

Selon le psychiatre rencontré, l'homme semblait souffrir d'une « maladie cérébrale organique d'origine vasculaire » accompagnée d'une démence grave et d'une désinhibition associée au lobe frontal. Le psychiatre a également affirmé que sa consommation d'alcool passée pouvait constituer un facteur contributif.

Le 6 janvier 2012, il a été transféré à l'unité de soins de rétablissement.

Les notes d'évolution du 8 janvier 2012 indiquent qu'il « prenait sa douche de façon autonome ».

Le 10 janvier 2012, un membre de la famille a téléphoné pour parler du fait que la femme du patient ne se sentait pas en sécurité à l'idée qu'il retourne à la maison et pour savoir pourquoi la demande de placement dans un établissement de soins de longue durée n'avait toujours pas été remplie. Une réunion avec la famille a été organisée le jour suivant, soit le 11 janvier 2012, pour discuter de ces préoccupations.

Le 10 janvier 2012, un ergothérapeute a évalué la capacité de l'homme à prendre une douche. Il a noté que le patient était capable de prendre sa serviette et sa débarbouillette, de faire couler l'eau et de régler la température. Il était capable de ramasser ses articles de toilette, de se

déshabiller avant la douche et de se rhabiller après. Cependant, l'homme avait besoin de quelques indications pour utiliser sa marchette. Il avait une démarche traînante vers l'avant et de la difficulté à maîtriser sa vitesse. Il lui arrivait souvent de laisser sa marchette et de marcher de courtes distances sans accessoire fonctionnel de mobilité. L'ergothérapeute a indiqué que l'homme était capable de prendre sa douche seul, mais qu'il avait besoin de supervision pour ses déplacements. Il avait prévu de surveiller le déroulement de ses activités quotidiennes.

Lors de la réunion du 11 janvier 2012 avec la famille, on a déterminé qu'il n'était pas sécuritaire que l'homme retourne chez lui. On a étudié la possibilité de le placer dans une maison de retraite ou dans un FSLD, puis on a finalement opté pour la maison de retraite.

Le 13 janvier 2012, l'homme a fait une chute alors qu'il marchait dans le couloir. La chute a provoqué un gros hématome à l'arrière de sa tête.

Les notes d'évolution du 18 janvier 2012 indiquent que l'homme ne voulait pas recevoir d'aide pour se laver et s'habiller. Il semblait être en mesure de le faire sans directives, et on l'encourageait à être autonome.

Une autre note rédigée ce jour-là indique que le patient était « plutôt calme depuis qu'on lui administrait les soins de rétablissement et qu'il disait se sentir mieux ». Une rencontre a eu lieu avec la femme du patient et a permis de confirmer qu'il allait être placé dans un FSLD.

Le 19 janvier 2012, l'homme a fait une chute alors qu'il se promenait avec sa marchette. Aucune blessure n'a été notée.

Le 20 janvier 2012, l'ergothérapeute a évalué une fois de plus la capacité du patient à prendre sa douche seul. Il l'a aidé à se rendre à la douche, mais le patient a ensuite fermé la porte de la douche et a refusé toute autre aide. Il était en mesure de prendre sa douche sans aide, mais il avait de la difficulté à manipuler sa marchette.

Le 21 janvier 2012, sa femme a signalé au personnel qu'il avait semblé très confus pendant une de leurs conversations téléphoniques. Le personnel a noté qu'il avait des « périodes de confusion » intermittentes et qu'il avait besoin de soutien et de réorientation.

Le 23 janvier 2012, l'homme a pris sa douche seul. Plus tard ce jour-là, sa femme s'est entretenue avec le personnel et lui a dit ceci : « Il m'appelle toujours contrarié, mais il ne veut pas en parler au personnel infirmier. Il parle d'armes à feu et croit qu'il va aller en prison. » Or, l'homme semblait plutôt calme et regardait la télévision au lit.

Le 24 janvier 2012, il s'est plaint de douleurs abdominales. On lui a donné de la soupe et des liquides, et il s'est rapidement calmé.

Le 24 janvier 2012 à 21 h 48, on a trouvé l'homme dans un état de détresse, déambulant avec sa marchette tendue devant lui en disant : « Je m'en vais en prison. Je veux aller en prison. » Il a chuté sur le côté et a atterri sur son côté droit. On lui a donné du Tylenol^{MD} et sa dose normale de trazodone, mais plus tôt qu'à l'habitude. Il avait une rougeur sur le côté droit de la tête.

Le 25 janvier 2012, il a pris sa douche seul.

Le 27 janvier 2012, une réunion avec la famille a eu lieu, et il a été décidé qu'il n'était pas sécuritaire de renvoyer l'homme chez lui et que le plan initial de le transférer dans une maison de retraite n'était plus approprié. On a établi qu'il avait besoin d'un autre niveau de soins, et la demande de placement dans un FSLD a été entamée.

Le 28 janvier 2012 à 14 h, on a trouvé l'homme étendu sur le ventre dans la baignoire/douche. Il ne répondait pas verbalement, et son sourcil gauche saignait. Comme son niveau de conscience était bas, on a effectué d'urgence un tomodensitogramme de sa tête, qui a révélé des hématomes frontaux bilatéraux et un hématome pariétal gauche. Un important effet de masse a été observé ainsi qu'une déviation de la ligne médiane de droite à gauche.

Après avoir discuté sa famille, on a décidé de le transférer à l'unité de soins palliatifs et d'ajouter une ordonnance de non-réanimation à son dossier. L'homme a reçu des soins palliatifs jusqu'à son décès, le 29 janvier 2012.

Discussion

Le défunt souffrait d'une démence vasculaire liée à de multiples AVC. Les problèmes comportementaux qu'il manifestait à la maison (c.-à-d., il frappait sa femme) ont entraîné son hospitalisation. Conformément à la stratégie visant le maintien à domicile, l'équipe soignante considérait son retour à la maison comme une option, mais les notes des médecins indiquent que la probabilité d'un tel retour était très faible, à moins d'une importante amélioration de son état pendant son séjour à l'hôpital. On a ensuite envisagé de le placer dans une maison de retraite, mais cette option s'est avérée irréalisable. Enfin, on a établi que l'homme nécessitait un autre niveau de soins et on a entrepris de le placer dans un FSLD.

Plusieurs documents font état des préoccupations de la famille et de la tenue de nombreuses rencontres organisées dans le but de revoir le programme de soins.

En plus d'avoir des problèmes comportementaux, l'homme avait tendance à faire des chutes. D'ailleurs, on a noté plusieurs chutes à son dossier durant son séjour à l'hôpital. Un ergothérapeute intervenait de façon régulière et tentait de réduire le risque de chute de manière raisonnable. La capacité de l'homme à prendre sa douche de façon autonome a été évaluée à maintes reprises, et même si cela représentait un risque, ce dernier insistait pour prendre sa douche seul, et cela semblait important pour lui. Même si on savait que son manque d'équilibre posait un certain risque, il était raisonnable de le laisser prendre sa douche seul. Le Comité n'a relevé aucun problème important concernant les soins fournis.

Recommandations

Aucune recommandation.

Cas : 2012-10

Numéro de dossier : 2011-11010

Date du décès: 4 septembre 2011

Age: 87 ans

Documents examinés

- Lettre du coroner régional principal;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Dossier de la maison de soins infirmiers;
- Rapport de police.

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner les circonstances entourant la mort d'une femme de 87 ans décédée à la suite de blessures infligées par un autre résident qui l'a agressée dans un FSLD agréé.

Histoire

La femme a été admise dans un FSLD le 27 mars 2011. À son admission, elle avait un diagnostic de démence avancée, de cardiopathie ischémique et d'insuffisance cardiaque congestive.

La femme prenait les médicaments suivants : 1 mg de lorazépam par jour, au besoin; 25 mg de carvedilol deux fois par jour; une multivitamine par jour; 10 mg d'énalapril par jour; 20 mg de furosémide par jour; 0,4 mg de nitroglycérine en vaporisateur par voie sublinguale, au besoin; 0,25 mg de rispéridone par jour; et 8 mEq de chlorure de potassium par jour.

Au moment de son admission, la femme se déplaçait à l'aide d'une marchette et avait besoin d'aide pour accomplir ses activités quotidiennes. Elle ne comprenait pas pourquoi elle avait été admise à l'établissement; elle avait l'impression qu'elle n'avait aucun problème de santé et voulait retourner chez elle. Il lui arrivait de refuser les soins offerts.

La femme avait fait plusieurs chutes avant d'être admise au FSLD. Son physiothérapeute a noté qu'elle tombait lorsqu'elle essayait de se lever à l'aide de son déambulateur à roulettes sans que les freins soient actionnés. Le 6 avril 2011, elle a fait une chute devant témoins, mais ne s'est pas blessée. Elle a fait deux autres chutes le 8 mai et le 7 juin 2011. Chaque fois, elle a affirmé qu'elle avait perdu l'équilibre. Sa tension artérielle était d'environ 110/60 après chaque chute.

Le 1^{er} avril 2011, quelqu'un a vu la femme griffer un résident et lui a dit d'arrêter. Le 5 avril 2011, la famille a demandé que la femme soit transférée dans une autre unité, puisque cette dernière disait avoir peur des hommes qui habitaient au FSLD. Le 11 mai 2011, un résident est entré dans la chambre de la femme et a grimpé sur son lit. On a sorti l'homme, mais la femme

ne s'est pas calmée du reste de la nuit. Le 15 mai 2011, la femme a passé la nuit à se promener dans les chambres des autres résidents.

Le 4 août 2011, elle a été transférée de l'unité mixte à une unité pour femmes seulement.

Le 31 août 2011 à 20 h, des membres du personnel ont vu la femme se promener dans le couloir avec sa marchette. Ils l'ont vu parler à une autre résidente et pendant la conversation, cette dernière l'a poussée. La femme est tombée en se cognant la tête sur le mur et la hanche sur la rampe. Elle est restée au sol, la jambe raccourcie et la hanche gauche tournée vers l'extérieur. Le médecin du FSLD a ordonné son transfert à l'hôpital pour qu'elle soit examinée. Le 31 août 2011, la famille de la femme a prévenu la police de l'agression.

La femme a été admise à l'hôpital local le 31 août 2011 et été opérée à la hanche le 2 septembre 2011. Pendant la période périopératoire, on a noté qu'elle présentait une hypotension, un taux élevé de troponines et qu'elle semblait avoir subi un infarctus du myocarde.

Elle est décédée le 4 septembre 2011.

La résidente qui a poussé la défunte était une femme de 70 ans qui avait été admise au FSLD en 2009. Ses antécédents médicaux comprenaient de la démence avec des épisodes paranoïdes, plusieurs chutes et de l'hypothyroïdie. Elle était capable de se déplacer et prenait entre autres de la rivastigmine, de la mirtazapine, de la rispéridone et du rabéprazole.

La première fois qu'on a noté au dossier de la femme de 70 ans qu'elle avait poussé une autre personne, c'était le 17 janvier 2011. Sa famille avait alors fait appel à un organisme externe pour qu'il envoie quelqu'un lui tenir compagnie deux fois par semaine pendant une heure, ce qui avait semblé la calmer. Le 7 avril 2011, elle est passée à côté de la personne qu'elle avait poussée auparavant, ce qui a rendu cette dernière furieuse. La femme a été redirigée. Le 13 mai et le 15 mai 2011, la femme a poussé deux autres résidents par terre.

Des rapports ont été rédigés pour ces incidents et ainsi que chacune des fois où la femme a fait mal à des membres du personnel qui tentaient de l'aider à accomplir ses activités quotidiennes. La femme recevait de la quétiapine, au besoin. La quétiapine était parfois utile, mais d'autres fois, elle la rendait encore plus agitée.

Autopsie

Il a été établi que la cause du décès était une coronaropathie grave avec des signes d'insuffisance cardiaque congestive comme complication. On a jugé que la fracture de la hanche était un facteur contributif important en raison du trauma et de la chirurgie majeure qui en ont découlé.

Il s'agit d'un cas d'homicide.

Discussion

Il s'agit d'une femme de 87 ans atteinte de démence grave qui a été poussée par une autre résidente, se fracturant la hanche lors de sa chute. Pendant la période périopératoire, on a noté qu'elle présentait une hypotension et un taux élevé de troponine. Elle est décédée le 4 septembre 2011, soit deux jours après l'intervention chirurgicale.

La résidente qui a poussé la femme a été rencontrée par un psychiatre le 12 septembre 2011 et admise dans une unité de soutien comportemental le 19 septembre 2011. Elle est retournée au FSLD le 1^{er} novembre 2011.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à l'Ontario Long Term Care Physicians :

1. Les résidents de FSLD jugés dangereux pour les autres résidents devraient faire l'objet d'une intervention prioritaire, notamment être admis dans une unité de soutien comportemental, s'il y a lieu, pour améliorer leur comportement.
2. Il faudrait rappeler aux FSLD que si un résident se fait agresser par un autre résident et subit des blessures, cela peut constituer une infraction criminelle, et que l'agression doit être signalée à la police locale.

Consultez la note du 13 juin 2012 du MSSLD intitulée « Trousse de renseignements : Signalement des mauvais traitements infligés à des résidents par les titulaires de permis » accessible à l'adresse : <https://www.ltchomes.net/lctf2/Login.Aspix>. Cette trousse comprend des « arbres décisionnels » pour orienter les titulaires de permis et le personnel des FSLD lorsqu'ils interviennent dans divers types d'abus et de négligence.

3. Il faudrait rappeler aux FSLD qu'il existe un Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux offert par le MSSLD et qu'il est possible de bénéficier de personnel supplémentaire et d'un hébergement avec services privilégiés pour les résidents ayant des problèmes de comportement graves.
4. Il faudrait rappeler aux FSLD de communiquer avec leur réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) pour recevoir de l'aide et des renseignements sur les formations et les programmes de soutien comportemental offerts dans leur collectivité. Pour en savoir plus sur le *Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement* rendez-vous à : <http://akeresourcecentre.org/BSOResources#LHINS>.

Cas : 2012-11

Numéro de dossier : 2012-1105

Date du décès : 29 janvier 2012

Âge : 97 ans

Motif de l'examen

La défunte était une femme de 97 ans qui est décédée de blessures subies après avoir été poussée par un autre résident au FSLD où elle vivait.

Documents examinés

- Rapport d'enquête du coroner;
- Dossier de l'hôpital de soins actifs;
- Rapport de police;
- Dossier du FSLD.

Histoire

La défunte était une veuve de 97 ans qui a été admise au FSLD le 13 juin 2011. Elle souffrait de démence avancée, d'hypothyroïdie, de diverticulose, de polyarthrite rhumatoïde, de diabète, d'une dépression et d'un ulcère à la jambe gauche.

Le 13 décembre 2011, une évaluation du service de physiothérapie indique que la femme n'avait aucun antécédent de chute récente, qu'elle avait un équilibre instable lorsqu'elle était assise et qu'elle avait besoin d'aide ou de soutien pour se lever. Elle pouvait se déplacer seule à l'aide d'une marchette à quatre roues. Elle faisait des exercices de démarche, d'équilibre et de renforcement avec son physiothérapeute ou l'assistant de ce dernier plusieurs fois par semaine.

Le 14 janvier 2012, alors que la femme entrait dans la salle à manger avec sa marchette, un résident s'est approché d'elle par derrière. Ils ont échangé quelques mots, puis l'homme a poussé la femme à la hauteur des épaules, et elle est tombée par terre, se cognant la tête et le bras gauche. Pourtant, on dit que l'entrée de la salle à manger a une largeur de six pieds et laisse suffisamment d'espace pour que deux personnes puissent passer en même temps. Le personnel du FSLD a organisé le transfert de la femme à l'hôpital.

Lors de son transfert, elle prenait les médicaments suivants : 40 mg de citalopram par voie orale une fois par jour; 40 mg de furosémide par voie orale une fois par jour; 24 mg de Galantamine ER par voie orale une fois par jour; 15 mg de Peglyte par voie orale une fois par jour; 0,125 mg de lévothyroxine par voie orale une fois par jour; 500 µg de vitamine B12 par voie orale une fois par jour; 0,5 mg de rispéridone par voie orale deux fois par jour, selon un horaire; 325 mg d'acétaminophène par voie orale deux fois par jour, sur une base régulière; un comprimé de Tylenol n° 3^{MD} par voie orale trois fois par jour plus deux comprimés par voie orale à 18 h (sur une base régulière); deux comprimés de Senokot^{MD} par voie orale tous les soirs au coucher; 500 mg de céfalexine par voie orale quatre fois par jour pendant trois semaines à partir du 10 janvier 2012 pour traiter un ulcère de la jambe; de l'hydrocortisone avec 10 % d'urée à appliquer deux fois par jour sur les jambes; et un changement de pansement tous les trois jours pour la plaie de la jambe gauche.

À son arrivée à l'urgence, la femme s'est plainte de douleur à l'épaule et au genou gauches. Ses signes vitaux étaient stables. On lui a administré un soluté physiologique par voie intraveineuse, de la morphine et du Graval^{MD}. Des radiographies ont révélé une fracture-luxation sous-capitale et comminutive de l'humérus de l'épaule gauche et une fracture légèrement déplacée et transversale de la rotule du genou gauche.

Ce soir-là, on a tenté en vain de réduire la luxation de l'épaule après avoir mis la patiente sous sédation avec 25 µg de fentanyl et 25 mg de propofol par voie intraveineuse. Un membre du service de chirurgie orthopédique a examiné la patiente. Les notes indiquent qu'on a discuté avec la famille du stade avancé de démence de la femme et de l'improbabilité qu'elle se rétablisse complètement. Le chirurgien a expliqué à la famille qu'on avait tenté une réduction orthopédique, mais que même si on parvenait à une réduction complète de la luxation, elle aurait besoin d'une attelle pendant trois à quatre semaines et ne pourrait pas se déplacer pendant un autre quatre à six semaines en raison de la fracture de la rotule. À l'issue de cette rencontre, la famille a demandé qu'on lui administre des soins de confort.

Le 16 janvier 2012, alors que la femme était toujours à l'hôpital, sa famille a demandé de rencontrer le personnel du FSLD pour discuter de l'incident et des soins qu'ils lui fourniraient si elle y retournait pour recevoir les soins palliatifs. La famille a obtenu l'assurance que les soins palliatifs pouvaient être fournis au FSLD, et le personnel a discuté d'un plan proposé pour prévenir d'autres incidents semblables. Le FSLD planifiait d'ajouter un PSSP provenant d'une équipe volante pour le quart de soir afin d'offrir une aide supplémentaire au personnel de l'aile des résidents souffrant de démence. Son rôle serait de faire participer les résidents à des activités organisées dans le salon et de rediriger ceux qui ont de la difficulté à interagir avec les autres. Le FSLD a également proposé de se doter d'un gestionnaire de garde toutes les fins de semaine et que tous les gestionnaires alternent les quarts de jour, de soir et de nuit afin de soutenir le personnel. La plupart des employés avaient suivi la formation sur les stratégies de persuasion en douceur donnée au printemps, et on planifiait d'organiser une formation d'appoint en raison d'un certain roulement de personnel.

Le 18 janvier 2012 en après-midi, la femme est retournée au FSLD, et on a mis en œuvre le plan de soins palliatifs. Une réunion avec la famille a eu lieu le 26 janvier 2012 pour présenter le plan relatif au soulagement de la douleur, à la scopolamine, à l'oxygène et à hypodermoclyse. Dans les jours qui ont suivi, la femme a développé une congestion thoracique et une faible fièvre.

La patiente est décédée le 29 janvier 2012.

Le service de police a été prévenu le 17 février 2012, lorsque le coroner régional principal a téléphoné pour savoir si l'incident de la poussée au FSLD avait contribué au décès.

Le résident qui a poussé la défunte était un homme de 81 ans qui a été admis dans l'aile du FSLD sécurisée et spécialisée pour les patients souffrant de démence après avoir été transféré d'un établissement psychiatrique régional le 4 juin 2011. Les entrevues de la police avec le personnel du FSLD ont permis d'établir que l'homme était « très difficile à gérer lorsqu'il est arrivé, mais que grâce à ses médicaments, il s'était beaucoup amélioré ».

Autopsie

- Cause médicale du décès : pneumonie.
- À la suite de : fracture de l'humérus et de la rotule en raison d'une chute.
- Facteurs contributifs : démence.

Discussion

La femme de 97 ans et l'homme de 81 ans qui l'a poussée étaient résidents d'une unité sécurisée du FSLD, conçue pour répondre aux besoins de résidents souffrant de démence. Il fallait un code d'accès électronique pour y entrer et en sortir.

La résidente a été projetée au sol alors qu'elle tentait d'entrer dans la salle à manger en même temps qu'un autre résident. En raison de sa chute, la femme a souffert de blessures qui ont contribué à son décès. Bien qu'on dispose de peu de données sur l'homme, il semble qu'il souffrait également d'une démence avancée et qu'on avait déjà observé chez lui des problèmes de comportement qui étaient maintenant maîtrisés grâce à ses médicaments.

Le Comité appuie le plan du FSLD qui consiste à accroître l'aide aux PSSP qui travaillent dans l'unité des patients présentant des comportements réactifs; à concentrer les efforts au salon, où les résidents sont amenés à interagir; à offrir une formation d'appoint au personnel; et à prévoir des gestionnaires sur tous les quarts de travail afin qu'ils puissent fournir le soutien nécessaire aux PSSP.

Recommandations

Aucune recommandation.

Cas : 2012-12

Numéro de dossier : 2011-10919

Date du décès : 2 septembre 2011

Âge : 32 ans

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coroner;
- Lettre du coroner régional principal;
- Rapport de la police sur le cas de mort subite;
- Rapport d'autopsie;
- Rapport de laboratoire et de toxicologie;
- Dossier médical de l'hôpital;

- Community Living – Vérification de la sécurité, droits et procédures, y compris les politiques relatives au bain, à la douche et à la baignade;
- Résumé des recommandations issues de l'enquête;
- Lettre de l'avocat de Community Living à la police – 31 mai 2012

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner indépendamment les circonstances entourant le décès d'un homme de 32 ans qui résidait dans un foyer pour adultes souffrant d'un handicap mental ou physique et qui est décédé après avoir été laissé seul dans le bain.

Histoire

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui vivait avec trois autres résidents dans un foyer de groupe supervisé en tout temps. Il dépendait entièrement des autres personnes pour ses soins et il était confiné à un fauteuil roulant ou au lit. Ses mouvements de bras étaient limités, il était incapable de supporter le poids du haut de son corps, et il fallait deux personnes pour effectuer ses transferts. Il ne pouvait pas parler, mais il clignait des yeux pour communiquer avec le personnel.

L'homme était actif au foyer de groupe : il faisait du bénévolat et participait à d'autres activités.

Ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

- paralysie cérébrale;
- troubles convulsifs (la dernière crise remontait à plus de 10 ans);
- déformations et contractures graves de toutes les extrémités;
- alimentation par sonde gastrique (1994, 2009 et 2010) et sonde de jéjunostomie (2009);
- faible poids corporel (il pesait 50 livres lorsqu'il est arrivé à la résidence à l'âge de 19 ans);
- pneumonies par aspiration chroniques;
- reflux gastro-œsophagien grave;
- laryngectomie (2009);
- trachéostomie (2009);
- appendicectomie;
- ulcères de décubitus;
- ostéoporose grave;
- cyphoscoliose grave;
- communication avec les yeux seulement.

Le résident prenait les médicaments suivants : baclofène, dompéridone, carbonate de calcium, vitamine D3, butylscopolamine, lansoprazole, célécoxib, diazépam, métoclopramide, Isosource^{md} et lactulose. Il avait également des attelles aux deux mains.

Le foyer de groupe, souvent en collaboration avec le résident, a élaboré des protocoles relatifs aux soins fournis, notamment sur les horaires de prise de médicaments et de repas; les préférences en matière de soins capillaires, d'hygiène dentaire et d'habillement; le bain; le

positionnement; la maladie; les repas; le sommeil; le travail et les corvées; les médicaments; les finances; les passe-temps et les champs d'intérêt personnels; et les soins liés à la stomie trachéale. Un membre du personnel a mené une entrevue sur les « résultats » (avec consentement signé du résident) intitulée « moi, mon monde, mes rêves ».

Le protocole relatif aux transferts stipulait que si aucun lève-personne n'était disponible, il fallait deux personnes pour soulever le résident. Lorsque ce dernier était dans le bain, un membre du personnel devait être dans l'eau avec lui, et le résident devait rester dans la toile pour son soutien. Dans le bain, l'homme devait rester dans la toile du lève-personne ou être placé dans un siège conçu pour le bain pour assurer son soutien en tout temps.

Le protocole ayant trait à la maladie décrivait la prise en charge des vomissements, des signes de déshydratation, des problèmes intestinaux et de la fièvre. Le résident bénéficiait de nombreux services, dont ceux d'un orthophoniste.

Résumé des événements

Le 2 septembre 2011 à 9 h, le PSSP du foyer de groupe a déshabillé le résident et l'a installé dans la toile pour le bain. Il a ouvert le robinet et a fait descendre l'homme dans le bain au moyen d'un lève-personne suspendu.

Lorsque le PSSP est revenu, le résident n'était plus dans la même position, et de l'eau s'était infiltrée dans sa stomie trachéale. Le résident ne présentait plus de signes vitaux. Le PSSP a drainé l'eau et fait sortir le résident du bain. Des témoignages contradictoires ont été recueillis sur l'exécution – ou non – de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Le 9-1-1 a été composé.

Les services médicaux d'urgence sont arrivés sur les lieux et ont transporté l'homme à l'hôpital. Son décès a été constaté à 9 h 47 le 2 septembre 2011.

Aucun rapport n'a été fourni par les employés du foyer de groupe.

Autopsie

Le défunt pesait 48 kg et mesurait 138 cm. Il avait un tube de trachéostomie permanent dans la partie inférieure du cou. Une cicatrice linéaire transversale était présente juste au-dessus du tube. Le résident avait une sonde d'alimentation gastrique dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen. Il avait également de multiples cicatrices sur le bas de l'abdomen, sur la hanche droite et sur la partie proximale de la jambe droite. Il avait d'importantes contractures en flexion de toutes ses articulations. Une quantité importante de liquide pulmonaire a été observée au site de la trachéostomie. Ses poumons étaient extrêmement distendus et se touchaient au milieu. Un important œdème pulmonaire a été observé. Le larynx avait été réséqué auparavant. Le test de toxicologie n'a rien révélé qui aurait pu avoir contribué au décès. Le médecin légiste a visité les lieux et a conclu que l'eau pouvait atteindre le site de trachéostomie si le résident glissait de seulement un ou deux pouces. Il a affirmé que si le niveau de l'eau était en haut du cercle de jet,

ça aurait pu suffire pour que l'eau entre dans la stomie du résident et provoque une toux, ce qui aurait fait bouger ce dernier.

La cause du décès est la noyade dans le bain. Les troubles neurologiques du résident ont contribué à son décès, puisque celui-ci avait une mobilité réduite et n'était pas en mesure de se sortir de sa fâcheuse position.

Discussion

Le foyer de groupe où vivait l'homme a retenu les services d'un enquêteur externe pour examiner les circonstances entourant le décès et formuler des recommandations, notamment en ce qui a trait aux politiques et à la formation. À la lumière de cette enquête, le foyer de groupe a mis en œuvre des programmes visant à prévenir d'autres décès.

Les outils et les programmes suivants ont été mis en œuvre :

- évaluation du risque lié à la vérification de la sécurité;
- protocoles relatifs au bain;
- formation du personnel sur les protocoles relatifs au bain et les approbations;
- évaluation des risques liés au nouvel équipement;
- examen et évaluation des nouveaux appareils fonctionnels;
- niveaux de dotation;
- formation du personnel;
- ordres du jour des réunions du personnel normalisés;
- comité des droits;
- communication du personnel lors des changements de quart;
- appareils électriques dans la salle de bain;
- prévenir le manque de vigilance du personnel;
- gouvernance et responsabilisation et composition du conseil.

Des outils de vérification du risque et de la sécurité ont été élaborés pour les éléments suivants : le bain, la cuisine et l'aire de séjour, la collectivité, la sécurité des transports, la santé, les finances, les mauvais traitements et la négligence, le travail et l'utilisation d'Internet. Le personnel du foyer de groupe a reçu une orientation et une formation d'un jour sur les outils de vérification du risque et de la sécurité.

Recommandations

Aucune recommandation.

Cas : 2012-13

Numéro de dossier : 2011-4775

Date du décès : 23 mars 2011

Âge : 85 ans

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coroner;
- Notes de l'hôpital de soins actifs;
- Notes du FSLD;
- Formulaires d'évaluation des CASC;
- Notes de la maison de retraite.

Histoire

La défunte était une femme de 85 ans vivait seule dans sa maison jusqu'à ce qu'elle soit admise dans une maison de retraite le 17 mai 2010. En juin 2008, elle avait été examinée par un spécialiste en gériatrie d'expérience de l'hôpital gériatrique de jour. Elle avait obtenu un pointage de 26/30 au MMSE, mais elle souffrait de déficiences fonctionnelles qui ont amené le spécialiste à poser un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Plusieurs interventions ont été recommandées, mais l'équipe craignait que les recommandations ne soient pas suivies.

Une note rédigée lors d'une visite à domicile effectuée le 10 avril 2010 indique qu'on croyait que la femme n'était pas en mesure de vivre seule et devrait bénéficier d'une visite d'une équipe d'intervention en psychiatrie gériatrique. Cependant, comme la femme a été admise à une maison de retraite le 17 mai 2010, l'équipe a affirmé que la consultation n'était plus nécessaire (le but était de déterminer la sécurité et les compétences de la femme à la maison). Le 13 mai 2010, juste avant d'être admise à la maison de retraite, la femme a été réexaminée, cette fois dans un centre de santé cardiovasculaire en raison de son hypertension. Ses médicaments pour la tension artérielle étaient les suivants : 10 mg d'amlodipine par jour; 12,5 mg d'hydrochlorothiazide par jour; et 25 mg d'aténolol par jour. On ignore à quel point elle respectait sa posologie. Pendant son rendez-vous, elle s'est plainte d'étourdissements, et on a recommandé qu'elle subisse un tomodensitogramme si les étourdissements persistaient.

Au moment de son admission à la maison de retraite le 17 mai 2010, elle souffrait de la maladie d'Alzheimer et d'hypertension, et elle présentait une fuite de la valve aortique (on ignore si elle était importante sur le plan hémodynamique). Lors de son admission, elle prenait les médicaments suivants :

- 10 mg d'amlodipine par jour;
- 12,5 mg d'hydrochlorothiazide par jour;
- 25 mg d'aténolol par jour;
- possiblement de la quétiapine (une ordonnance datée de deux jours plus tard indiquait de l'interrompre).

La femme était mécontente de vivre dans la maison de retraite et se montrait plutôt agitée. Du lorazépam lui a été prescrit, au besoin, et on lui en a administré le jour suivant lorsqu'elle est devenue agitée parce que son intervenant était venu la visiter. Sa famille a pris des arrangements

pour qu'elle bénéficie des services d'une personne de compagnie. Au cours des jours suivants, elle est demeurée agitée par intermittence, mais il a été facile de la rediriger et de la calmer.

Le 22 mai 2010, on a cessé de lui administrer du lorazépam et on lui a prescrit 5 mg de loxapine deux fois par jour, à prendre de façon régulière. Le 25 mai 2010, on a remplacé la posologie par 5 mg deux fois par jour, au besoin, et 5 mg au coucher, puisqu'on avait l'impression qu'elle était dans un état de sédation excessive.

Comme la femme se plaignait de douleurs abdominales, des analyses sanguines ont été effectuées au début de juin. Celles-ci ont révélé une infection à la bactérie *Helicobacter pylori*, et le traitement approprié a été instauré. Étant donné que la femme semblait se rétablir, sa famille (attentive et engagée, mais qui habitait loin), a commencé à réduire les soins supplémentaires qu'elle lui fournissait. Au mois d'août, la femme a commencé à développer un œdème périphérique, et on a remplacé l'amlodipine par du ramipril. À la mi-août, sa famille est venue la visiter et a eu l'impression qu'elle était dans un état de sédation excessive. On a donc réduit de moitié sa dose de loxapine pour lui administrer 2,5 mg à 17 h en plus de 2,5 mg deux fois par jour, au besoin. La femme a commencé à errer souvent et à se montrer très agitée; il lui arrivait souvent de ne pas être capable de s'asseoir pendant plus d'une minute. Le 14 septembre 2010, on a augmenté sa dose de loxapine à 2,5 mg deux fois par jour en raison de son agitation.

Le 19 septembre, elle était très fatiguée et se plaignait de douleurs à la hanche, mais personne ne l'a vue tomber ce jour-là. Les deux jours suivants, elle était très faible et a fait trois chutes. Sa famille a pris des dispositions pour que la femme reçoive de l'aide supplémentaire et a loué un lève-personne pour faciliter ses transferts. Le 22 septembre, elle était très immobile; on l'a envoyée à l'hôpital, d'où elle est revenue avec un diagnostic d'entorse à la cheville.

Le 23 septembre 2010, la femme était immobile et incapable de s'asseoir de façon stable. Elle recevait une assistance complète pour s'alimenter. Sa famille est venue la visiter et a pris la décision de ne pas la transférer à l'hôpital et de lui administrer des soins palliatifs. Elle a également décidé d'arrêter tous ses médicaments habituels. Le jour suivant, l'état de la femme s'est amélioré, et le 25 septembre, comme elle allait beaucoup mieux, on a recommencé à lui donner la plupart de ses médicaments. Le 26 septembre, on a également recommencé à lui donner de la loxapine. Le 29 septembre, elle était dans le même état qu'avant qu'on cesse ses médicaments.

Le 19 octobre, on a remplacé la loxapine par de la trazodone. Elle a continué d'errer, mais elle semblait moins agitée qu'avant. Au cours des six semaines qui ont suivi, elle a continué de flâner et a fait plusieurs chutes. À la fin du mois de novembre, son état s'est une fois de plus détérioré, et on l'a transférée à l'hôpital, où on a diagnostiqué et traité une pneumonie. On lui a d'abord donné de l'halopéridol, ce qui a provoqué de l'agitation et de la confusion, puis on l'a remplacé par 0,25 mg de rispéridone trois fois par jour en plus d'un comprimé à dissolution rapide de 0,25 mg toutes les quatre heures, au besoin. Comme on a noté que sa tension artérielle n'était pas bien maîtrisée, on a augmenté sa dose de ramipril de 2,5 mg à 10 mg par jour.

Au moment de son congé, la femme prenait les médicaments suivants : 10 mg de ramipril par jour; 50 mg d'aténolol par jour; 81 mg d'acide acétylsalicylique par jour; 50 mg de trazodone par

jour; et 0,25 mg de rispéridone trois fois par jour en plus d'un comprimé à dissolution rapide de 0,25 mg toutes les quatre heures, au besoin. Le 14 décembre 2010, elle est retournée à la maison de retraite. Elle était très faible et devait être nourrie. Toutefois, le 19 décembre, elle s'est remise à se lever toute seule et pendant les trois mois qui ont suivi, elle a continué de se promener et de tomber fréquemment. On a noté qu'elle était redevenue incapable de s'asseoir sans bouger. À la mi-janvier, on lui a administré une antibiothérapie de courte durée en raison d'une infection respiratoire. À un certain moment, on a diminué sa dose de ramipril à 5 mg par jour.

Des dispositions ont été prises pour que la femme soit placée dans un FSLD plus près de la ville où habitait sa famille. Cependant, le 17 mars 2011, elle a été transférée temporairement dans un autre FSLD, situé dans la ville où elle habitait déjà. Lors de son admission, elle prenait 5 mg de ramipril par jour; 50 mg d'aténolol par jour; 81 mg d'acide acétylsalicylique par jour; 50 mg de trazodone par jour; et 0,25 mg de rispéridone trois fois par jour en plus d'un comprimé à dissolution rapide de 0,25 mg toutes les quatre heures, au besoin.

Le 18 mars 2011 à 7 h 30, on l'a trouvée par terre, coincée entre le lit et le mur. On l'a transférée à l'hôpital, où on a observé des hématomes sous-duraux chroniques aigus et une déviation de la ligne médiane. Après avoir discuté avec le titulaire de la procuration de la femme, on a pris la décision de lui administrer les soins palliatifs. Le service des urgences a téléphoné au FSLD pour vérifier qu'on pouvait lui fournir les soins palliatifs dans l'établissement, puis elle y a été transférée. Elle est décédée le même jour.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

On a noté que la cause du décès était des hématomes sous-duraux chroniques aigus.

Discussion

Ce cas souligne les difficultés relatives à la prescription de médicaments pour les personnes âgées. L'épisode de septembre 2010, lorsque l'état de la femme s'est amélioré considérablement après l'arrêt de ses médicaments habituels, aurait dû être considéré comme une indication que ses médicaments n'étaient pas bénéfiques et probablement néfastes. Les chutes chez les personnes âgées constituent une importante cause de mortalité et de morbidité; pour bien les gérer, il est important de faire des compromis sur la prise en charge d'autres maladies. Il est clair que la démence de la femme était plus susceptible de constituer un risque pour sa vie que son hypertension, et il aurait fallu tenir compte de ce fait dans la prise en charge de ce cas complexe.

Lorsque la femme a été hospitalisée en novembre et en décembre 2010, les équipes traitantes ont noté que sa tension artérielle était élevée et ont augmenté ses doses de médicaments plutôt que d'examiner le cas dans son ensemble et de le prendre en charge en conséquence. Cette situation est survenue dans un hôpital doté d'un programme gériatrique, mais rien n'indique qu'on l'a consulté. L'agitation de la femme (p. ex., son incapacité à s'asseoir sans bouger) est apparue après qu'on lui eût prescrit des antipsychotiques pour son errance, problème pour lequel ces médicaments ne sont ni utiles, ni indiqués. D'ailleurs, l'akathisie est un effet secondaire bien

connu de ce type de médicament. Par conséquent, plutôt que de continuer, voire d'augmenter les antipsychotiques, il aurait fallu les interrompre.

Enfin, il semble que la femme recevait de l'acide acétylsalicylique pour la prévention secondaire d'événements que l'on considérait être des accidents ischémiques transitoires (AIT). Ces épisodes étaient plus susceptibles de constituer des effets secondaires du médicament. Si tel est le cas, l'aspirine a augmenté le risque d'hémorragie intracrânienne sans offrir aucun avantage.

La famille et le coroner enquêteur ont soulevé des préoccupations relatives au temps qui s'est écoulé entre l'envoi de la demande au FSLD, en septembre 2010, et l'admission, en mars 2011. Or, le Comité estime que l'attente n'était pas déraisonnable, surtout si l'on tient compte du fait que les établissements choisis étaient à l'extérieur de la ville. Le niveau des soins fournis à la maison de retraite était en général équivalent à celui dont aurait bénéficié la femme dans un FSLD, puisque la famille a pris des arrangements pour qu'elle reçoive de l'aide supplémentaire.

Le lieu de résidence (maison de retraite ou FSLD) de la femme n'a pas joué un rôle clé dans ses chutes. Il aurait fallu se concentrer sur les facteurs de risque associés aux chutes et prendre en considération les risques et les avantages des médicaments prescrits.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Ontario Long Term Care Association et à l'Office de réglementation des maisons de retraite :

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé qu'il est essentiel de tenir compte des risques et des avantages lorsqu'ils prescrivent des médicaments à des personnes âgées. Cela comprend l'évaluation de toutes les comorbidités d'une personne âgée avant d'entreprendre une prise en charge dynamique d'un seul trouble comme l'hypertension.
1. Lorsqu'il y a des programmes gériatriques spécialisés en place, les fournisseurs de soins de santé devraient demander l'avis de leurs spécialistes dans la prise en charge de patients âgés complexes.
2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que les chutes constituent un important facteur contributif de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées et qu'il est nécessaire d'effectuer une évaluation complète pour déterminer les facteurs de risque modifiables¹.
3. Les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à tenir compte des risques et des avantages des neuroleptiques dans le traitement des SCPD.
4. L'équipe interdisciplinaire des hôpitaux, des FSLD et des maisons de retraite devrait comprendre des pharmaciens.

5. Les FSLD et les maisons de retraite devraient envisager d'exiger que leurs médecins poursuivent un programme de perfectionnement professionnel continu dans le domaine de la gériatrie.

À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario :

6. L'Ordre devrait veiller à ce que le perfectionnement professionnel continu s'applique au champ de pratique d'un médecin.

Au coronar régional principal :

7. Le coronar régional principal devrait suggérer à l'hôpital et au FSLD d'effectuer un examen de la qualité des soins pour ce cas.

1. TINETTI, M., et C. KUMAR. « The patient who falls: "It's always a trade-off" », *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, n° 3, 2010.

2. STEINMAN, M., et J. HANLON. « Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium" », *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, n° 14, 2010.

3. POYUROVSKI, M. « Acute antipsychotic-induced akathisia revisited », *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, 2010, p. 89-91.

Cas : 2012-14

Numéro de dossier : 2011-16583

Date du décès : 26 octobre 2011

Âge : 90 ans

Motif de l'examen

Ce cas a été porté à l'attention du coronar local cinq mois après la mort de la défunte. Des préoccupations ont été soulevées sur le fait que ce décès aurait pu avoir été causé par une blessure subie lors d'une chute survenue deux semaines avant son décès, survenue en raison du comportement d'un autre résident (Résident A) du FSLD, ou avoir un lien avec cette blessure. On a demandé au Comité de formuler ses commentaires sur l'approche adoptée par le FSLD et au sein du système relativement à la prise en charge des SCPD.

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coronar;

- Avis de décès de patient en établissement (défunte) – 26 octobre 2011;
- Dossiers du FSLD (défunte et Résident A);
- Rapport d'incident critique – 13 octobre 2011;
- Demandes de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux du FSLD;
- Notes de l'équipe d'intervention comportementale du centre spécialisé de soins en santé mentale concernant le Résident A;
- Notes de consultation du gériatre – mars 2009 à octobre 2011;
- Rapport général d'incident de la police – 26 octobre 2011.

Histoire (Défunte)

La défunte était une femme de 90 ans qui vivait au FSLD depuis sept ans. Ses antécédents médicaux comprenaient une démence avancée, un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage avec dilatations (mention la plus récente en janvier 2008), une hernie hiatale ainsi que de l'anémie et de l'arthrose chroniques. Elle s'était déjà fracturé le poignet gauche (2006) et le maxillaire gauche (2008), dans les deux cas à la suite d'une chute. Un tomodensitogramme de la tête réalisé en 2009 avait révélé une atrophie cérébrale généralisée. Elle dépendait entièrement d'autres personnes pour ses soins et ses activités quotidiennes et

souffrait d'incontinence urinaire et fécale.

En juin 2011, dans le cadre d'une conférence de cas multidisciplinaire, on a noté qu'elle bougeait uniquement ses membres lorsqu'une personne guidait ses mouvements. Elle a également développé une contracture des genoux et des coudes. Elle n'avait pas de problèmes pour boire et manger (nourriture hachée finement). Il lui arrivait de sourire à un soignant et de serrer sa main.

En août 2011, elle a dû être installée dans un fauteuil roulant inclinable pour éviter qu'elle se penche trop vers l'avant. À son dossier figuraient des directives préalables de niveau 1 indiquant qu'on ne devait effectuer aucune réanimation cardiorespiratoire ni aucun transfert à l'hôpital. Un lève-personne était nécessaire pour effectuer ses transferts. Au moment de son décès, ses médicaments comprenaient du lansoprazole deux fois par jour et de l'acétaminophène, au besoin.

Dans les six mois précédant son décès, on a noté qu'elle avait à l'occasion des vomissements liés à des symptômes de maladie (p. ex., fièvre, goutte au nez, changement dans les habitudes d'élimination). On a noté des vomissements le 29 septembre et le 3 octobre 2011; le 29 septembre, on a noté des selles molles et une faible fièvre.

(Résident A)

Le Résident A était un homme de 86 ans qui vivait dans le même FSLD que la défunte depuis 2007. Il avait des antécédents médicaux de maladie d'Alzheimer (diagnostiquée à l'âge de 75 ans), de dépression, de cancer de la prostate in situ et de carence en vitamine B12. Il présentait des SCPD depuis au moins quatre ans lorsque l'incident est survenu. Il est devenu veuf en 2010 et il pratiquait le métier d'agent de sécurité avant de prendre sa retraite.

Le Résident A a été vu par un gériatre à l'hôpital général de soins actifs en mars 2009 et en janvier 2010. Lors de son rendez-vous de janvier 2010, il semblait présenter une désinhibition croissante causée par « des lésions progressives au lobe frontal », et on a commencé à lui administrer 0,625 mg d'œstrogènes conjugués et 600 mg de cimétidine par jour. La cimétidine a été cessée, mais les notes fournies ne permettent pas d'établir avec certitude le moment de son interruption.

En septembre 2010, le gériatre a remarqué que l'état du Résident A continuait de se détériorer. En plus de 24 mg de galantamine par jour, on a commencé à lui administrer 20 mg de mémantine au coucher. En janvier 2011, comme on a noté qu'il devenait de plus en plus ataxique et que la mémantine « n'améliorait pas son état », on a cessé de lui en donner. Le gériatre lui a ensuite donné son congé, soulignant que le changement d'environnement était la méthode de traitement privilégiée.

Les comportements antérieurs du Résident A comprenaient : entrer dans la chambre des autres résidents, uriner et déféquer à des endroits inappropriés, démontrer de l'agressivité physique et adopter des comportements sexuels inappropriés. Par ailleurs, le 2 mai 2010, on l'a trouvé nu dans sa chambre, allongé sur une résidente. On a noté une « rougeur » sur les parties génitales de la résidente.

La fréquence des symptômes comportementaux du Résident A a augmenté vers la fin du mois d'août 2011. Voici certains de ces symptômes, qui figuraient dans les notes d'évolution du FSLD :

Date	Comportement
28 août 2011	Il a attrapé la marchette d'une résidente et a tenté de la faire basculer.
4 septembre 2011	Il a essayé de renverser la commode d'un autre résident.
7 septembre 2011	Il a donné un coup de poing à un PSSP pendant qu'il le lavait dans la région péri-anale à la suite d'une souillure fécale.
8 septembre 2011	Il a été trouvé étendu sur une résidente, dans son lit, la frappant au visage et criant « Je veux mon argent ». Une infection urinaire a été soupçonnée, et on a traité le résident à l'aide d'antibiotiques oraux (l'analyse d'urine n'a pas révélé de bactériurie importante).
11 septembre 2011	Il a caché des articles dans son chandail et il a déplacé des meubles dans l'unité.
21 septembre 2011	Il a barricadé un résident dans la chambre d'un autre résident. Il a pris des ustensiles dans la salle à manger. Il ne voulait pas s'asseoir et était difficile à calmer. Il a giflé et secoué d'autres résidents.
21-23 septembre 2011	Il a été trouvé dans la chambre d'une résidente, tentant de la sortir du lit. Il a essayé de sortir une résidente de son fauteuil. Il est entré dans la chambre d'un résident, et lorsque ce dernier lui a demandé de sortir, il l'a frappé avec une chaussure.

	Une demande de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux a été envoyée au MSSLD pour bénéficier de soins supplémentaires (ratio de 1:1). La demande a été approuvée.
25, 27 et 28 septembre 2011	Il a commis des actes d'agression physique envers le personnel.
1 ^{er} octobre 2011	Il se promenait dans les chambres d'autres résidents.
8 octobre 2011	Il a été trouvé nu, assis sur le lit d'une résidente.

L'équipe de soins a répondu à l'intensification du comportement du Résident A en adoptant de nombreuses stratégies d'intervention et d'évaluation. En voici quelques-unes :

Date	Stratégies d'intervention
23 septembre 2011	Consultation avec l'équipe d'intervention comportementale pour « comportement agressif et risque de préjudice ».
28 septembre 2011	Évaluation initiale de l'équipe d'intervention comportementale.
29 septembre au 16 novembre 2011	Plusieurs visites de l'équipe d'intervention comportementale. De nombreuses stratégies d'intervention comportementale ont été suggérées et se seraient avérées modérément efficaces (p. ex., les comportements agressifs et l'errance ont continué, mais une diminution a été notée). Des objectifs clés en matière de comportement ont été établis (p. ex., l'agrippement, les agressions physiques pendant les soins personnels). L'utilisation appropriée d'outils de surveillance a été encouragée (p. ex., fiche d'observation quotidienne, tableau antécédent-comportement-conséquence [<i>ABC chart – Antecedent-Behavior-Consequence</i>]). Voici quelques stratégies mises en œuvre : horaire régulier de soins personnels (p. ex., soins complets après le petit déjeuner et seulement changement de la culotte d'incontinence avant le petit déjeuner), stratégies d'approche uniformes par tout le personnel (p. ex., parler à voix basse, employer un ton agréable, faire un grand sourire, rester calme, établir un contact visuel), distraction (p. ex., le placer devant un miroir pendant les soins, lui faire tenir une serviette pour éviter qu'il frappe), techniques d'arrêt et de reprise d'approche, utiliser une « boîte à souvenirs », etc. Formation sur la réorientation, la validation et le réconfort offerte au personnel. Mentions sur les stratégies de persuasion en douceur, de P.I.E.C.E.S. et de Montessori. D'autres interventions ont été effectuées, notamment : zoothérapie, prise de repas dans la plus petite salle à manger afin de réduire la stimulation,

	alarme sur la porte du Résident A pour alerter le personnel lorsqu'il sort dans le corridor.
29 septembre et 26 octobre 2011	Visites d'une infirmière praticienne de l'hôpital de soins actifs.

Bien que le médecin traitant ait participé à la recherche d'interventions pharmaceutiques pour le Résident A, les notes d'évolution de l'établissement ne comprennent pas ses notes, et le Comité n'a pas été en mesure de trouver ses dossiers dans les documents examinés. Pourtant, de nombreux commentaires dans les notes d'évolution indiquent que le médecin traitant participait activement aux soins du Résident A, intervenait lorsqu'on lui demandait de rencontrer le patient et communiquait avec le titulaire de la procuration de l'homme pour ses soins personnels.

D'après les notes examinées dans le cadre de l'examen de ce cas, le 29 septembre 2011, le Résident A prenait les médicaments suivants : 20 mg de citalopram par jour; 30 mg de lansoprazole deux fois par jour; de la vitamine B12 par voie intramusculaire tous les mois; 500 mg de calcium par jour; 1 000 UI de vitamine D par jour; 5 mg d'olanzapine le matin en plus de 5 mg deux fois par jour, au besoin; 125 mg de divalproex deux fois par jour. La dose d'olanzapine « au besoin » a été utilisée une à deux fois par jour pendant plusieurs jours durant cette période.

Événements ayant entraîné la mort

Le 12 octobre 2011, une note de l'infirmière autorisée indiquait que la résidente avait fait une chute et qu'un PSSP l'avait trouvée par terre à côté de son lit à 19 h 20. Voici ce qui était mentionné dans la note :

- La résidente était sur le côté gauche, la tête appuyée sur le côté de lit abaissé. Incision et enflure sur le côté gauche du front d'environ 4 cm x 2 cm.
- Aucune autre blessure physique n'a été notée.
- La résidente a ouvert les yeux en entendant son nom et elle s'est remise au lit avec l'aide de trois personnes.
- La plaie a été nettoyée à l'aide d'une solution saline, et on lui a fait un pansement compressif. On a appliqué des compresses de glace toutes les 15 minutes. Ses signes vitaux étaient stables.
- La famille a été informée de l'incident. Elle a affirmé qu'elle ne voulait pas que la résidente soit transférée à l'hôpital et a demandé qu'une infirmière praticienne la voie. On a informé la famille qu'aucune infirmière praticienne n'était disponible à ce moment-là, ce à quoi elle a répondu qu'un membre de la famille qui était médecin viendrait évaluer la plaie.
- La famille est arrivée vers 20 h 20. Le médecin de la famille a procédé à une anesthésie locale et a fait des points de suture sur le front de la femme.
- Le médecin traitant s'est entretenu avec la famille et l'a informée qu'on soupçonnait un autre résident (Résident A) d'être responsable de la blessure de la femme.

On soupçonnait le Résident A d'avoir causé les blessures de la femme parce que sa chaussure se trouvait dans la chambre de la femme et que du sang a été trouvé sur le pyjama de ce dernier. Plus tôt ce soir-là, on avait vu le résident « se promener » dans les chambres.

Le membre de la famille qui était médecin a dit au coroner enquêteur que la lacération de la femme était profonde – jusqu'à l'os –, et qu'elle a nécessité des points de suture internes et externes. Des directives téléphoniques du médecin traitant ont été reçues à 22 h 45 pour que les deux côtés de lit soient relevés en tout temps et qu'une bande magnétique jaune soit placée sur la porte de la chambre en tout temps. On a administré à la femme de l'acétaminophène ordinaire et surveillé ses signes vitaux.

Un rapport d'incident critique a été envoyé au MSSLD le 13 octobre 2011. Le rapport indiquait que les actions immédiates suivantes avaient été prises pour empêcher qu'un événement semblable se reproduise :

- une enquête sur les déplacements des résidents de l'unité et sur la possibilité que le résident soit entré dans la chambre de la résidente et ait abaissé son côté de lit;
- transfert du résident dans une autre unité de l'établissement.

Le coroner enquêteur s'est dit préoccupé du fait que le rapport d'incident critique ne soulignait pas que le Résident A (le résident soupçonné d'avoir poussé la femme) avait eu de nombreux incidents comportementaux auparavant.

À l'issue de l'enquête du coroner, le statut du rapport d'incident critique a été modifié pour indiquer : « Évalué conformément au processus actuel. Inspection requise. Formulaire [numéro supprimé] rempli. »

Cheminement clinique (défunte)

Le 13 octobre 2011, il ne s'est rien passé sur le plan clinique.

Le 14 octobre, un PSSP a trouvé des vomissures jaunâtres à côté du lit de la résidente. La résidente a ouvert les yeux lorsqu'il lui a demandé de le faire. Son pansement était imbibé de sang. La diététiste a noté que la résidente avait plus de difficulté à avaler et qu'elle bavait.

Le 20 octobre 2011, une infirmière praticienne (d'une équipe mobile de l'hôpital général de soins actifs) a évalué s'il était temps de retirer les points de suture de la patiente.

Le 25 octobre 2011, il a été noté que la femme avait de la difficulté à manger et à boire et qu'on n'était pas capable de la réveiller. Son nez coulait, elle avait une congestion nasale et était afébrile. D'autres résidents du FSLD présentaient des symptômes semblables, et l'éclosion a été déclarée le 25 octobre 2011. Plus tard, on a déterminé que l'agent pathogène était un rhinovirus. On a rapporté que tous les autres résidents se sont rétablis assez rapidement.

Le 26 octobre 2011 à 13 h 05, on a trouvé la femme dans son lit, sans signes vitaux.

Un avis de décès de patient en établissement (version 3) a été rempli et envoyé au MSSLD. Le coroner responsable du cas a soulevé des préoccupations sur le fait que le FSLD a répondu « non » lorsqu'on lui a demandé si le décès avait été causé par accident.

Cheminement clinique (Résident A)

L'équipe d'intervention comportementale a continué de travailler avec l'équipe de soins pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention comportemental. Une demande de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux a été envoyée au MSSLD pour bénéficier de soins supplémentaires (ratio de 1:1). Une déclaration datée du 13 octobre 2011 faisait état de la chute de la résidente et du fait que les chaussures du Résident A ont été trouvées dans la chambre de la résidente et qu'on a trouvé du sang sur le pyjama de ce dernier. On mentionnait précisément dans la demande que le FSLD croyait que le Résident A « aurait pu être entré dans la chambre de la résidente et l'avoir sortie de son lit ».

Le coroner enquêteur a soulevé des préoccupations sur les divergences entre cette déclaration et le rapport d'incident critique daté du 13 octobre 2011, qui ne mentionnait aucunement l'implication du Résident A dans cet incident.

Les 11, 12, 23 et 26 septembre ainsi que les 13 et 24 octobre 2011, des soins individuels ont été fournis au Résident A.

Le 14 octobre 2011, soit deux jours après la « chute » de la résidente, le Résident A a été transféré dans une autre unité de l'établissement.

Le 17 octobre 2011, le Résident A a été transféré à l'unité gériatrique de l'hôpital général de soins actifs afin qu'il subisse une évaluation plus approfondie et qu'on tente d'ajuster sa médication. Son admission n'a duré que trois ou quatre heures, car le personnel de l'hôpital était incapable de gérer le comportement de l'homme, malgré la présence de deux agents de sécurité à sa porte. Lorsque le Résident A est retourné au FSLD, on avait remplacé l'olanzapine par la quétiapine à une dose initiale de 75 mg à prendre deux fois par jour.

La combinaison des interventions comportementales recommandées par l'équipe d'intervention comportementale et de l'ajustement de la médication semble avoir diminué de façon considérable l'agressivité du Résident A. On a noté une diminution de l'intensité et de la fréquence des incidents, lesquels étaient toujours signalés.

Le 26 octobre 2011, on a diminué la dose de lactulose du Résident A de 30 à 15 ml par jour, et il semble que cette mesure se soit avérée efficace. Le personnel trouvait qu'il était plus facile de fournir des soins personnels au Résident A, étant donné que son incontinence fécale avait diminué et qu'il se souillait moins souvent.

Le 27 octobre 2011, on a diminué sa dose de quétiapine à 50 mg le matin et 75 mg au coucher.

Au début de novembre 2011, l'état du Résident A a changé : il est devenu plus ataxique et instable sur ses pieds. Son degré d'éveil a diminué, tout comme son appétit. Les notes indiquent qu'il était « anormalement somnolent ».

Le 8 novembre 2011, il a porté un coup de poing à la gorge d'une employée, alors qu'elle tentait de le réorienter. On lui a administré 2 mg d'halopéridol par voie intramusculaire.

Le 10 novembre 2011, il a fait une chute alors qu'il marchait. Sa dose de quétiapine a été réduite à 25 mg le matin et à 50 mg au coucher.

Le 11 novembre 2011, il a vomi. D'autres commentaires du personnel ont été émis sur la diminution du degré d'éveil du résident.

Le 13 novembre 2011, le médecin a discuté avec le titulaire de la procuration du Résident A au sujet de ses soins personnels et de la dégradation de son état de santé en général. On a décidé de le diriger vers des soins de confort plutôt que de poursuivre les recherches et le traitement d'une pathologie sous-jacente précise.

Pendant les derniers jours de sa vie, on a administré au Résident A de la morphine, du Gravol et de la scopolamine au besoin, et son état s'est détérioré de façon graduelle. Le 20 novembre 2011, on a observé une respiration de Cheyne-Stokes chez l'homme, et il est décédé le 21 novembre 2011. Aucune autopsie n'a été effectuée.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Discussion

Ce cas met en évidence certaines difficultés liées à la prise en charge de résidents présentant des SCPD et des comportements agressifs dans les FSLD et plus particulièrement, à l'élaboration de systèmes de soins complets, fluides et flexibles favorisant les soins prodigués à ces résidents.

L'examen de ce cas n'a pas permis au Comité de déterminer si le comportement du Résident A et les circonstances du décès constituaient la preuve d'un « geste non accidentel posé par une personne qui a provoqué la mort d'une autre personne » nécessaire pour conclure à un homicide. Toutefois, on croit que les gestes du Résident A peuvent avoir contribué au décès. Le Comité est d'accord avec la conclusion du mode de décès « indéterminé » émise par le coroner.

La prise en charge efficace des SCPD comporte plusieurs volets^{1, 2, 3, 4} et en règle générale, si les comportements sont graves, elle nécessite des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Dans ce cas, l'équipe de soins était soutenue par une équipe d'intervention comportementale compétente et a mis en œuvre plus de 20 interventions comportementales pour gérer les symptômes comportementaux persistants et dangereux du Résident A. Avec l'aide de l'équipe d'intervention comportementale, le FSLD a procédé à l'établissement d'objectifs appropriés, mis en œuvre des mesures d'observation du comportement au moyen d'outils validés

et intégré des stratégies comportementales complètes, notamment les stratégies de persuasion en douceur, de P.I.E.C.E.S. et de Montessori.

L'établissement a cherché à obtenir du soutien en demandant des soins supplémentaires équivalant à un ratio de 1:1 grâce au Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux, ce qui constitue une mesure appropriée.

Pendant l'examen des circonstances entourant le décès, on a été surpris d'apprendre que l'équipe n'a pas fait appel au spécialiste en psychiatrie gériatrique du FSLD pour l'aider dans la prise en charge du Résident A. Comme le rôle de ce spécialiste est éducatif, sa formation aurait pu être orientée vers les besoins précis de l'équipe de soins en matière de gestion de problèmes comportementaux.

Le degré d'agressivité démontré par le Résident A justifiait certainement une consultation avec un spécialiste. Le 14 octobre 2011, soit deux jours après la « chute » de la défunte, le médecin traitant s'est entretenu avec le gériatre, après quoi il a envoyé le résident à l'hôpital pour une visite qui a duré trois heures et qui s'est soldée par un changement dans sa médication (quétiapine à une dose initiale élevée de 150 mg par jour). On ignore pourquoi le résident n'a pas été orienté vers un spécialiste en psychiatrie gériatrique. On ne dispose d'aucun document indiquant qu'un suivi a été effectué par le spécialiste en psychiatrie gériatrique (peut-être en raison de l'approche de soins palliatifs adoptée). Il est possible que des interactions aient eu lieu entre le médecin traitant et le spécialiste en psychiatrie gériatrique entre la visite à l'hôpital du résident et le moment de son décès, mais aucun document à cet effet n'a été fourni dans le cadre de l'examen.

Il existe dans le corpus médical de nombreux débats sur l'efficacité des interventions pharmacologiques pour traiter les SCPD. Bien que le soulagement de la douleur puisse présenter quelques avantages^{3 4}, on n'a pas tenté d'augmenter l'analgésie dans le cas de ce résident. Les propriétés anticholinergiques de l'olanzapine à des doses élevées (le Résident A en recevait parfois de 10 à 15 mg) ont pu aggraver ses problèmes comportementaux et contribué à son akathisie (y compris accroître son errance) et à son délire anticholinergique. D'autres stratégies pharmacologiques auraient peut-être pu avoir une certaine efficacité dans cette situation complexe. Il est intéressant de constater que le comportement du Résident A s'est nettement amélioré lorsqu'on a remplacé l'olanzapine par de la quétiapine. Le divalproate peut nécessiter des doses plus élevées pour être efficace dans le traitement des SCPD; cependant, le risque d'effets secondaires est également plus élevé. Toutes les pharmacothérapies utilisées pour gérer la démence comportent des risques importants, et il convient de noter que le degré d'éveil du Résident A s'est détérioré et qu'il est décédé quelques semaines après les changements apportés à ses neuroleptiques même si ses symptômes comportementaux liés à la violence physique avaient diminué de façon considérable.

Le Comité a soulevé des préoccupations concernant la disparité des documents que le FSLD a envoyés au MSSLD. Comme l'a mentionné le coroner enquêteur, le rapport d'incident critique sur la chute de la défunte ne faisait pas état de la possible implication du Résident A, contrairement à la demande de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux. Dans l'avis de décès de patient en établissement, le décès de la défunte n'était pas classé comme étant

potentiellement accidentel malgré le fait que le FSLD, dans d'autres documents, confirmait que le comportement du Résident A aurait certainement pu avoir contribué au décès.

Ce cas souligne également l'importance d'adopter une approche à l'échelle du système en ce qui a trait à la prise en charge des SCPD dans les FSLD. On espère que le *Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement*⁵, auquel participent tous les RLISS, aidera à offrir les soins intégrés et continus à l'échelle du système nécessaires aux cas difficiles présentant un important risque de préjudice pour eux et pour les autres. Il est essentiel que chaque RLISS soit doté d'un mécanisme structuré pour répondre aux besoins des résidents physiquement agressifs des FSLD *dès le début de l'adoption de tels comportements*. L'admission de trois heures à l'hôpital de soins actifs et les longs délais d'attente (mesurés en mois) pour effectuer le placement d'un patient en psychiatrie dans la région mettent en évidence le fait qu'il est essentiel de ne pas compter uniquement sur les mécanismes existants.

Avec la création d'une équipe interne de soutien comportemental, on s'attend à ce que le FSLD dans lequel s'est produit l'incident n'ait pas à attendre l'aide d'une équipe externe pour offrir le même niveau d'intervention à tous les résidents qui sont dans des situations semblables.

Le FSLD, grâce à son comité de gestion de la qualité, a mis en place une intervention pour gérer les SCPD. Les problèmes de comportement sont examinés lors des rencontres sur la sécurité des résidents (la fréquence de ces rencontres n'était pas indiquée), et une formation sur les stratégies de persuasion en douceur et de P.I.E.C.E.S. est donnée au personnel. Jusqu'à maintenant, ces mesures ont permis de réduire la fréquence de l'aggravation des symptômes comportementaux, qui est passée de 18,1 % (T1 2010) à 9,7 % (T1 2011), et d'accroître la fréquence de l'amélioration de ces symptômes, qui est passée de 8,5 % à 13,2 % durant la même période. Un spécialiste en psychiatrie gériatrique est également disponible dans le FSLD.

Enfin, on planifie de mettre au point d'autres interventions, dont des formations supplémentaires pour le personnel, un examen continu des statistiques de la qualité et la mise en place d'une équipe interne d'intervention comportementale.

Recommandations

Aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) :

1. Tous les RLISS devraient veiller à ce que le plan du *Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement* comprenne des mesures précises pour répondre de façon rapide et efficace aux besoins urgents et naissants des résidents physiquement agressifs qui présentent des SCPD.

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et aux FSLD :

1. Les FSLD devraient veiller à que tous les documents (p. ex., les rapports d'incident critique et les demandes de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux) décrivent de la même façon les incidents d'agression physique qui surviennent dans leur établissement.
2. Tous les FSLD devraient veiller à ce que les avis de décès de patient en établissement soient exacts et reflètent les circonstances entourant les décès qui surviennent dans leur établissement.
3. Tous les FSLD devraient continuer d'offrir des formations au personnel sur les méthodes d'évaluation, de documentation et de gestion des SCPD, ainsi que sur les stratégies de persuasion en douceur, de P.I.E.C.E.S. et de Montessori pour gérer les cas de démence. Les médecins qui travaillent dans des FSLD devraient profiter des occasions de formation pour en apprendre davantage sur la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique des SCPD (comme les programmes offerts par l'Ontario Long Term Care Association, l'Ontario Long Term Care Physicians, le Collège des médecins de famille de l'Ontario, le Collège des médecins de famille du Canada, etc.).

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

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager de relier les renseignements reçus dans les rapports d'incident critique et les demandes de Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux. Ces documents devraient être examinés au moment de l'évaluation de la conformité du FSLD.

Références :

1. CONN, D. K, M. C. GIBSON, S. FELDMAN, S. HIRST, S. LEUNG, P. MACCOURT, K. MCGILTON, L. MIHIC, F. M. MALACH et J. MOKRY. « Lignes directrices nationales la santé mentale des personnes âgées : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement) », *The Canadian Journal of Geriatrics*, vol. 9, suppl. 2, 2006, p. S59-S64.
2. HERRMANN, N. et S. GAUTHIER. « Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 179, n° 12, 2008, p. 1279-1287.
3. SEITZ, D. P., S. S. GILL, N. HERRMANN, S. BRISBIN, M. J. RAPOPORT et collab. « Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review », *International Psychogeriatrics*, accessible dans le Cambridge Journals Online, doi :10.1017/S1041610212001627.
4. [SEITZ, D. P.](#), [S. BRISBIN](#), [N. HERRMANN](#), [M. J. RAPOPORT](#), [K. WILSON](#) et collab. « Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review », [Journal of the American Medical Directors Association](#), vol. 13, n° 6, juillet 2012, p. 503-506.e2.

5. Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.
[<http://akeresourcecentre.org/BSO>].
-

Cas : 2012-15

Numéro de dossier : 2011-15213

Date du décès : 10 décembre 2011

Âge : 67 ans

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Dossier médical de l'hôpital général de soins actifs lors de l'admission du 27 novembre au 10 décembre 2011;
- Lettre du coroner régional principal au Comité.

Motif de l'examen

Le défunt était un homme de 67 ans qui est décédé deux semaines après avoir été admis dans un hôpital de soins actifs. Sa famille a exprimé au coroner enquêteur ses préoccupations relatives aux soins fournis à l'hôpital.

Histoire

Le défunt était un homme à la retraite de 67 ans qui avait quatre enfants.

Il a été admis à l'hôpital général local de soins actifs le 27 novembre 2011 après s'être présenté à l'urgence en raison de confusion, d'anxiété, d'insomnie et de douleurs lombaires. La note de triage du personnel infirmier indiquait les éléments suivants : « Se plaint d'anxiété + douleurs lombaires x trois dernières semaines. Incapable de dormir. La famille dit qu'il est plus désorienté + ↑ des pertes de mémoire depuis deux mois + son état s'aggrave progressivement. Le patient semble avoir de la difficulté à répondre aux questions. Antécédents d'hypertension ».

Les antécédents médicaux de l'homme au moment de son admission comprenaient les éléments suivants :

- Alcoolisme : Il était volontairement allé dans un établissement résidentiel pour le traitement des toxicomanies 12 années auparavant, mais avait recommencé à boire. Il n'avait aucun antécédent de sevrage grave ou de cirrhose;

- Consommation de cannabis : La famille a dit à l'infirmière en santé mentale qu'elle croyait que l'homme avait manqué de cannabis et que c'était peut-être la raison pour laquelle il se plaignait d'insomnie lors de son admission;
- Dépression majeure et trouble d'anxiété généralisée : Il bénéficiait des soins directs d'un psychiatre communautaire (x chaque mois);
- Apnée obstructive du sommeil : Il utilisait un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue durant son sommeil;
- Hypertension : Il a été examiné par son médecin de famille deux ou trois semaines avant son admission et a commencé à prendre de nouveaux antihypertenseurs (le dossier ne permet pas de déterminer quel médicament était nouveau);
- Hyperlipidémie;
- Acrosyndrome avec anévrisme de l'aorte abdominale;
- Fumeur atteint d'une BPCO légère chronique traitée à l'aide d'inhalateurs;
- Migraines.

La famille a indiqué que le psychiatre de l'homme avait été informé que ce dernier avait des pertes de mémoire six mois avant son admission à l'hôpital. Au cours de cette période, sa famille a noté une détérioration de son hygiène et de ses soins personnels. La mémoire à court terme de l'homme se détériorait : il oubliait de prendre ses médicaments et de verrouiller sa porte et perdait son téléphone et ses clés. Il perdait la notion du temps, oubliait les jours et manquait ses rencontres et ses rendez-vous. Il oubliait le nom des membres de sa famille élargie et dépendait de plus en plus de sa famille et ses amis pour ne rien oublier.

Une tomодensitométrie de son cerveau réalisée en septembre 2011 (trois mois avant son décès) a révélé les éléments suivants : « Hypoatténuation périventriculaire mineure de la substance blanche. Faible hypodensité dans la partie supérieure gauche de l'hémisphère cérébelleux correspondant à un infarctus antérieur ou à un possible AVC. CONCLUSIONS : Aucun changement [*note du Comité : tomодensitométrie réalisée en 2006*], pas de corrélation précise avec les antécédents fournis. »

Lors de son admission à l'hôpital, l'homme prenait les médicaments suivants : 5 mg d'aripiprazole par jour; 112,5 mg de venlafaxine XR par jour; 600 mg de carbonate de lithium par jour; 7,5 mg de zopiclone le soir; une bouffée de 250 µg de fluticasone deux fois par jour; une bouffée de 200 µg de salbutamol, au besoin; 2,5 mg d'indapamide par jour; 300 mg d'irbésartan par jour; 60 mg de nifédipine XL par jour; et 80 mg de propranolol deux fois par jour.

Lors de son admission à l'urgence le 27 novembre 2011, des analyses sanguines ont révélé un taux d'éthanol de 22,5 mmol/l et la présence de cannabinoïdes. Le taux de lithium se situait dans l'intervalle thérapeutique à 0,6 mmol/l, le taux de potassium était de 2,5 mmol/l, le taux d'azote uréique sanguin était élevé (8,4 mmol/l), le taux de créatinine était de 97 µmol/l et les enzymes hépatiques étaient normales. Le niveau de conscience et d'attention de l'homme était variable : il était parfois alerte, parfois anxieux ou somnolent, parfois incapable de répondre verbalement de façon appropriée. Le médecin de l'urgence a noté qu'il était « agité, mais coopératif ». Pendant son séjour à l'urgence, l'homme s'est montré agité par moments et a tenté plusieurs fois de grimper sur les côtés de sa civière. On l'a placé dans un « fauteuil de gériatrie », mais il est

parvenu à se dégager de ses sangles de poignets et à sortir du fauteuil, pour finalement tomber par terre. Sa chute n'a entraîné aucune blessure.

Selon le médecin de l'urgence, la radiographie pulmonaire a révélé un infiltrat dans le lobe inférieur du poumon droit, et le rapport de radiologie suivant mentionnait ce qui suit : « Légère concentration de taches à la base du poumon droit probablement attribuable à un mauvais effort inspiratoire, mais la possibilité d'un début de pneumonie n'est pas totalement écartée. » Un tomodensitogramme du cerveau a révélé « une atrophie corticale stable et légère et un changement ischémique des petits vaisseaux léger et chronique, une hypodensité stable dans la partie supérieure gauche de l'hémisphère cérébelleux ». On a instauré un traitement pour le sevrage d'alcool à l'aide de la version révisée de l'échelle d'évaluation du sevrage de l'alcool de l'Institut clinique (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol* [CIWA-Ar]), afin d'orienter l'utilisation de médicaments, et on a commencé à lui administrer un soluté intraveineux ainsi que de la moxifloxacine pour traiter sa pneumonie. Il a été pris en charge par son médecin de famille, qui a commencé par interrompre ses médicaments habituels.

Au cours des jours suivants, son état s'est graduellement amélioré. La plus grande difficulté relativement à la prise en charge clinique constituait sa confusion constante, les fluctuations de son degré de conscience et son agitation intermittente. On lui a donné de la thiamine et un total de 110 mg de diazépam pour traiter ses symptômes de sevrage d'alcool lors de ses deux premiers jours à l'hôpital. Après avoir interrompu le diazépam, on a contrôlé son agitation à l'aide d'une combinaison de neuroleptiques :

Médicament	Date	Posologie
Halopéridol	29 novembre 2011	2,5 mg par jour
	1 ^{er} décembre 2011	2,5 mg par jour
	2 décembre 2011	5 mg par jour
	3 décembre 2011	2,5 mg par jour
	4 décembre 2011	2,5 mg par jour
Quétiapine	Du 29 novembre au 7 décembre 2011	25 mg tous les soirs au coucher
Lorazépam	30 novembre 2011	0,5 mg trois fois par jour, au besoin (TID PRN)
	1 ^{er} décembre 2011	0,5 mg TID PRN
	2 décembre 2011	1,5 mg TID PRN
	3 décembre 2011	2 mg TID PRN
	4 décembre 2011	1 mg TID PRN

Aripiprazole	Du 30 novembre au 8 décembre 2011	5 mg tous les matins
--------------	--------------------------------------	----------------------

On a ensuite réintroduit graduellement les antihypertenseurs. Le 29 novembre 2011, on a recommencé à lui administrer de l'irbésartan (créatinine de 84), avec un timbre de nicotine pour gérer les symptômes d'abandon du tabac. Le 30 novembre, le patient s'est plaint de douleurs lombaires (problème chronique existant); toutefois, des radiographies du dos effectuées ce jour-là n'ont rien révélé d'anormal. On lui a prescrit de l'acétaminophène avec 30 mg de codéine et on a recommencé à lui administrer ses médicaments psychotropes (l'aripiprazole et le lithium), tout comme ses antihypertenseurs.

Le 2 décembre 2011 (cinq jours après son admission), une autre radiographie pulmonaire a été effectuée et a confirmé l'absence de problèmes thoraciques. On a continué de lui administrer de la moxifloxacine, et on lui a donné deux comprimés d'acétaminophène avec codéine chaque soir les 30 novembre, 1^{er} décembre et 2 décembre. Le 3 décembre, il a eu besoin de deux doses d'analgésique. Le patient n'a pris aucun médicament pour traiter la constipation, et on ne lui en a pas prescrit.

Une note du médecin datée du 3 décembre 2011 indique que la famille avait l'impression que l'état du patient était presque revenu à la normale et qu'on avait discuté de son congé. La famille a toutefois exprimé ses inquiétudes quant à la capacité de l'homme à s'occuper de lui une fois rentré à la maison. D'après les notes du personnel infirmier, l'homme était encore confus, avait des épisodes fréquents d'agitation et avait encore besoin de prendre des médicaments pour contrôler son agitation. Son médecin de famille lui a expliqué qu'il devait cesser de consommer de l'alcool.

Le 4 décembre 2011, des analyses sanguines ont révélé une augmentation du taux de créatinine du patient (170 µmol/l), mais une leucocytémie (numération des globules blancs) normale (11,4). La directive suivante a été rédigée : « ↑ l'hydratation PO (augmenter l'hydratation par voie orale). » En plus de ses médicaments habituels (dont l'aripiprazole et le lithium), le patient a pris ce jour-là 2,5 mg d'halopéridol, deux doses de 0,5 mg de lorazépam, 25 mg de quétiapine (le soir) et quatre doses d'acétaminophène avec codéine pour traiter son agitation et soulager la douleur.

Le 5 décembre 2011, la directive suivante a été rédigée : « Encourager l'absorption de liquides PO » (encourager l'absorption de liquides par voie orale). On a commencé à administrer au patient 20 mg de rabéprazole par jour parce qu'il « se plaignait de brûlures gastriques », mais le médicament a été remplacé le jour suivant par du pantoprazole en raison d'une politique de remplacement automatique dans la pharmacie d'établissement. Un néphrologue externe a recommandé l'interruption de la moxifloxacine et de l'irbésartan parce qu'il craignait l'apparition de problèmes associés à une sténose de l'artère rénale, puisque la simultanéité de l'administration d'irbésartan et de l'augmentation de la créatinine était source d'inquiétude.

La sensibilité, la confusion et l'agitation intermittente du patient ont augmenté. On lui a administré deux doses de 2,5 mg d'halopéridol, une dose de 0,5 mg de lorazépam, sa dose

habituelle d'aripiprazole et de lithium, 25 mg de quétiapine (au coucher) et une dose (deux comprimés) d'acétaminophène avec codéine.

Le 6 décembre 2011, le patient est devenu fébrile (température de 39,8 °C), sa leucocytémie a augmenté à 19,96 (11,4 le 4 décembre 2011) et sa créatinine, à 224 µmol/l. On a commencé à lui administrer un soluté intraveineux, et le médecin traitant a commencé à lui donner de la lévofloxacine par voie intraveineuse. Le patient a été examiné par un autre néphrologue externe, qui a recommandé le remplacement de la lévofloxacine par la ceftriaxone. Ce jour-là, pour traiter son agitation et soulager sa douleur, on lui a administré trois doses (de deux comprimés) d'acétaminophène avec codéine, 0,5 mg de lorazépam, 25 mg de quétiapine au coucher et sa dose habituelle d'aripiprazole et de lithium.

Le 7 décembre 2011, le patient était afébrile, mais sa leucocytémie avait encore augmenté, cette fois à 21,7. Sa dose de lithium se situait dans l'intervalle thérapeutique ce matin-là, à 1,1 mmol/l. Or, le psychiatre consultant a décidé de cesser de lui administrer le lithium et la venlafaxine. Sa créatinine avait chuté à 154 µmol/l.

Le 8 décembre 2011, le patient a continué d'être confus et agité par moment, et on a dû s'occuper de lui dans le corridor, puisqu'il était agité et essayait de sortir du lit. On avait cessé de lui donner de l'halopéridol et de la quétiapine, et on lui a administré deux doses de 0,5 mg de lorazépam, deux doses d'acétaminophène avec codéine et 5 mg d'aripiprazole. Il avait du mal à prendre des liquides par voie orale. Un tomodensitogramme du cerveau a été réalisé et a révélé ce qui suit :

CONCLUSIONS :

Aucun signe d'infarctus hémisphérique, de masse, d'effet de masse ou d'hémorragie.
Petits infarctus lacunaires touchant les noyaux lenticulaires bilatéraux inchangés.
Quelques plaques d'hypodensité périventriculaire indiquant probablement un changement ischémique des petits vaisseaux. Hypodensité linéaire dans la partie supérieure gauche de l'hémisphère cérébelleux inchangé, indiquant probablement une zone focalisée d'encéphalomalacie liée à une ischémie antérieure.

On savait que le patient n'allait pas bien et qu'il était confus, et on soupçonnait toujours une sepsie. Toutefois, il était afébrile, et sa créatinine (142 µmol/l) et sa leucocytémie (11,4) diminuaient. Le médecin traitant s'est interrogé sur la possibilité que le patient présente une discite (en raison des douleurs lombaires). Aucune source de sepsie n'a été trouvée. On a envisagé d'effectuer une ponction lombaire, mais l'intervention n'a pas été réalisée parce que l'interniste était d'avis que le patient ne présentait aucun symptôme la justifiant. On a tenté d'effectuer une imagerie par résonance magnétique de la colonne vertébrale, mais on n'a pas réussi en raison de l'agitation du patient. Les analyses d'urine n'ont révélé aucune prolifération, et on attendait les résultats des analyses sanguines. Le patient souffrait de constipation.

En ce qui a trait aux problèmes de constipation du patient, sa routine intestinale n'a pas été évaluée ou consignée dans les notes du personnel infirmier lors de l'admission. Du 28 novembre au 7 décembre 2011, le dossier indique que l'homme a fait deux selles; une le 2 décembre et

l'autre le 4 décembre 2011. Le 8 décembre 2011, on lui a administré trois doses de 100 mg de docusate de sodium, deux doses de 30 ml de lactulose et un suppositoire de bisacodyl de 10 mg par voie rectale. Ce soir-là, il a commencé à avoir une diarrhée abondante qui s'aggravait, puis il a commencé à faire de l'hypotension (52/34), ce qui a nécessité des mesures énergiques de réanimation par les fluides.

Le 9 décembre 2011 à 5 h, l'homme a été transféré à l'unité de soins intensifs. Il a fallu lui administrer des vasopresseurs pour maintenir sa tension artérielle. Comme il était somnolent, impossible à réveiller et incapable de protéger ses voies respiratoires, il a été intubé. Le laboratoire a indiqué qu'une analyse de ses selles avait révélé un résultat positif à l'antigène de *Clostridium difficile* (*C. difficile*). On a commencé à lui administrer du métronidazole par voie intraveineuse et de la vancomycine par sonde nasogastrique et on a interrompu la ceftriaxone. Un consultant en maladies infectieuses a examiné le patient et a approuvé le plan de traitement à ce moment-là. Il a par ailleurs recommandé d'éviter si possible les inhibiteurs de la pompe à protons et les antibiotiques. Plus tard ce jour-là, un tomodensitogramme de l'abdomen a révélé les éléments suivants :

Ectasie fusiforme observée dans la partie distale de l'aorte abdominale, jusqu'à 2,8 cm de diamètre. Aucun signe de rupture ou de dissection. Plaque légèrement calcifiée dans l'aorte abdominale et les artères iliaques, rétrécissement de 50 % à l'origine du tronc cœliaque, léger rétrécissement à l'origine de l'artère mésentérique supérieure. L'artère mésentérique inférieure est apparente. Bifurcation précoce de l'artère rénale droite, pas de sténose importante de l'artère rénale.

Quantité modérée de liquide en circulation dans la partie supérieure de l'abdomen et dans le bassin.

Épaississement diffus de la paroi du côlon. Appendice normal. Pas de fuite d'air. Pas d'abcès.

IMPRESSIONS :

Légère ectasie de l'aorte observée, mais pas d'anévrisme important.

Épaississement diffus de la paroi du côlon indiquant une possible colite, qui pourrait être infectieuse ou inflammatoire.

L'état du patient a continué de se détériorer : il urinait très peu et a développé une coagulopathie. Il était difficile de maintenir une tension artérielle moyenne de plus de 60 mmHg, même avec l'utilisation de trois vasopresseurs à des doses élevées.

Le 10 décembre 2011, on l'a amené en salle d'opération pour procéder à une colectomie totale et à une iléostomie pour essayer de le sauver. On lui a également installé un cathéter de dialyse dans la cavité péritonéale (sûrement en cas de besoin de dialyse à long terme).

Le rapport pathologique du côlon réséqué a révélé les éléments suivants : colite pseudomembraneuse; changements ischémiques associés dans la région proximale, dont l'iléon

terminal; inflammation transmurale et mortification avec nécrose de l'épaisseur totale dans les zones distales; trois polypes nécrotiques; appendice normal; petite accumulation de lymphocytes ou petit nœud lymphatique.

En dépit de l'intervention chirurgicale et des soins de soutien complets de l'unité de soins intensifs, l'état du patient a continué de se détériorer, et le 10 décembre 2011, il a fait un arrêt cardiaque. On n'a pu le réanimer, et son décès a été constaté.

Autopsie

Voici les principaux résultats de l'autopsie :

- Petits épanchements péricardiques et épanchements pleuraux bilatéraux;
- Deux litres de sang dans l'abdomen. L'étiologie n'est pas claire, puisque le sang ne semblait pas provenir des sites chirurgicaux. On a fini par croire qu'il provenait peut-être d'un suintement lié à la coagulopathie.
- Pas de consolidation pulmonaire.
- Hypertrophie ventriculaire gauche concentrique.
- Intestin grêle viable et normal, moignon du côlon empourpré.
- Pas de cirrhose.
- Reins pâles.

L'examen histopathologique a révélé les éléments suivants :

- Pas de pneumonie.
- Nécroses corticale et tubulaire aiguës et changements vasculaires correspondant à une hypertension systémique chronique.
- Grandes plaques de tissus fibro-adipeux sur la paroi latérale et inférieure du myocarde correspondant à des infarctus antérieurs. Aucun signe d'infarctus aigu ou récent.
- Importante congestion vasculaire et engorgement des sinusoides.

Le médecin légiste a consulté le rapport pathologique ante mortem du côlon réséqué pour obtenir une description du gros intestin. L'intestin grêle était viable et normal.

Cause du décès : Colite pseudomembraneuse. La myocardiopathie hypertensive compte parmi les autres conditions significatives ayant contribué au décès, mais non liées de façon causale à l'étiologie immédiate.

Discussion

Voici certaines préoccupations soulevées par la famille du défunt et le coronar enquêteur :

1. Prise en charge des problèmes intestinaux (en particulier avant le 8 décembre);
1. Pertinence de la prescription d'antibiotiques;

2. Prise en charge du délire.

Prise en charge des problèmes intestinaux

Les préoccupations soulevées par la famille concernaient la prise en charge des problèmes intestinaux avant le 8 décembre. Le défunt était un homme sédentaire, qui ne consommait pas des quantités appropriées de nourriture et de liquide et qui prenait de nombreux médicaments causant de la constipation (codéine et antipsychotiques). Tous ces facteurs combinés le plaçaient à risque élevé de constipation, et il avait d'ailleurs fait seulement deux selles pendant ses 11 premiers jours à l'hôpital. La constipation peut avoir contribué à son agitation.

Si le Comité est d'accord pour dire qu'il aurait fallu instaurer une routine de soins intestinaux au moment de prescrire les médicaments causant la constipation, il croit également que la constipation n'a pas joué un rôle dans le décès de l'homme.

Pertinence de la prescription d'antibiotiques

Le coroner enquêteur a remis en question la pertinence de la prescription d'antibiotiques dans le cas de ce patient. Lors de son admission, on lui a administré des antibiotiques en raison d'une pneumonie soupçonnée, et il a continué de prendre divers antibiotiques tout au long de son séjour à l'hôpital, sauf pendant une période de 24 heures (5 et 6 décembre 2011). Comme le patient est décédé des complications d'une colite à *C. difficile*, les coroners locaux et régionaux ont suggéré qu'on effectue un examen des antibiotiques qui lui ont été prescrits.

L'homme a reçu sa première antibiothérapie en raison d'une possible pneumonie acquise en communauté, détectée par le médecin de l'urgence et le radiologiste au moyen de radiographies pulmonaires. La moxifloxacine est une fluoroquinolone respiratoire qui convient au traitement de première intention de la pneumonie acquise en communauté chez un patient âgé présentant des comorbidités, dont l'alcoolisme et les BPCO¹.

Le patient a été traité pendant huit jours à l'aide de moxifloxacine orale, avant qu'on cesse de lui en administrer. Une autre radiographie pulmonaire réalisée cinq jours après le début du traitement (le 2 décembre 2011) n'a révélé aucun signe de pneumonie. Toutefois, l'état du patient s'était amélioré sur le plan clinique; d'ailleurs, le jour suivant la radiographie pulmonaire, il réagissait si bien au traitement qu'on envisageait de lui donner son congé. Le Comité est conscient que même si l'amélioration notée sur la radiographie pulmonaire s'observe généralement après l'amélioration clinique, dans environ 25 % des cas, elle est déterminée même temps². À l'hôpital, la durée recommandée du traitement de la pneumonie acquise en communauté est de cinq à sept jours. Enfin, le Comité n'a soulevé aucune préoccupation quant à la prise en charge de la pneumonie du défunt, y compris la prescription d'antibiotiques.

Malheureusement, l'état clinique du patient s'est mis à se détériorer le 5 décembre, soit le jour où on a cessé de lui administrer des antibiotiques. Il est devenu plus confus, sa créatinine a augmenté, et ses symptômes de délire nécessitaient toujours une prise en charge pharmacologique. Le jour suivant, il a développé une fièvre, sa confusion s'est intensifiée, et sa leucocytémie a augmenté à presque 20. Le médecin traitant et un spécialiste en médecine interne

consultant on jugé que l'étiologie la plus probable de cet ensemble de signes et de symptômes était l'infection. Un ensemble complet d'examen a été effectué, et on a instauré un traitement à l'aide de céphalosporines de troisième génération à large spectre. Le Comité, en examinant ce scénario clinique de façon prospective, croit que la prescription empirique des antibiotiques dans l'attente des résultats était justifiée.

Il est peu probable que le fait d'éviter les antibiotiques à ce stade aurait empêché l'infection à *C. difficile*. La période d'incubation médiane de la bactérie *C. difficile* est de deux à trois jours³. Les autres facteurs de risque de l'infection à *C. difficile* du défunt (c.-à-d., plus de 65 ans, utilisation d'un inhibiteur de la pompe à protons, durée de l'hospitalisation et antibiothérapie administrée pour la pneumonie) viennent suggérer que son infection était peut-être déjà bien établie. Une chose est sûre, la détérioration rapide de son état clinique les 8 et 9 décembre 2011 donnent à penser qu'à ce moment, il souffrait d'une infection bien établie.

Il convient de noter que depuis janvier 2013, tous les hôpitaux de soins actifs doivent avoir un programme de gestion des antimicrobiens (PGA) en place, et qu'il doit être conforme aux « Pratiques organisationnelles requises » (POR) d'Agrément Canada. Les hôpitaux reçoivent le soutien de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de Santé publique Ontario pour élaborer leur PGA. Un PGA fait référence à « une série d'interventions coordonnées conçues pour améliorer et évaluer l'utilisation appropriée des antimicrobiens au moyen de la promotion du choix du régime de médicaments antimicrobiens optimal, incluant la posologie, la durée du traitement et la voie d'administration ». Un des objectifs du programme est de réduire les risques associés à la prescription d'antibiotiques dans les hôpitaux, dont les infections à *C. difficile*.

Reconnaissance, évaluation et prise en charge du délire

Le Comité a soulevé des préoccupations relativement à la prise en charge du délire du patient. Bien que dans ce cas, le délire ne soit pas directement associé à la cause du décès de l'homme, il constitue un problème important lié à la qualité des soins, qui doit être géré dans les hôpitaux de soins actifs.

Les préoccupations du Comité en ce qui a trait au délire étaient les suivantes :

1. **Reconnaissance du fait que le patient présentait un syndrome du délire.** Bien que le patient ait pu avoir des antécédents de démence légère, il s'est présenté à l'hôpital le 27 novembre 2011 souffrant de délire aigu.
1. **Évaluation des causes possibles du délire.** Il semble qu'aucune approche systématique n'ait été établie pour tenter de déterminer la cause sous-jacente du délire.
2. **Prise en charge du délire, en particulier de l'agitation.** Le Comité craint également que certains traitements prescrits aient pu aggraver le délire.

L'évaluation et la prise en charge du délire du patient étaient complexes en raison de ses antécédents de troubles psychiatriques, de sa prise de médicaments, de sa toxicomanie et de sa possible démence, en plus de son état de santé physique instable. Cependant, même si le scénario

clinique était complexe, il n'en demeure pas moins que les problèmes fondamentaux liés à la reconnaissance et à la prise en charge du délire n'ont pas été corrigés de façon appropriée.

Le patient n'était pas considéré comme souffrant d'un délire aigu. Le diagnostic n'apparaissait pas dans les notes et les rapports des médecins qui se sont occupés de lui (c.-à-d. le médecin de l'hôpital, le néphrologue, le psychiatre, le spécialiste des maladies infectieuses). Le délire est un syndrome clinique qui se manifeste habituellement chez les patients hospitalisés, en particulier ceux qui sont âgés. On l'associe à un taux important de morbidité et de mortalité, et il prolonge généralement la durée de l'hospitalisation. La reconnaissance du syndrome du délire est primordiale. Le diagnostic de délire aigu nécessite des plans de soins et de soins infirmiers appropriés, des examens approfondis du médecin et des soins médicaux pour traiter la cause sous-jacente du délire, mais aussi les complications qu'il entraîne (c.-à-d. l'agitation). Dans ce cas-ci, le délire n'a pas été reconnu ou diagnostiqué. Par conséquent, aucune approche systématique n'a été adoptée relativement aux causes et à la prise en charge du délire, et certaines interventions de l'hôpital ont probablement aggravé les symptômes.

Aucune mesure non pharmacologique (p. ex., réorientation fréquente, routines de jour et de soir, normalisation des routines de toilette et de repas, présence de personnes et d'objets connus) ne semble avoir été prise pour gérer le délire avant le 6 décembre 2011, lorsque l'homme a été vu par l'infirmière-conseil en psychiatrie gériatrique. De nombreux documents soutiennent que ces mesures sont essentielles pour le rétablissement d'un patient souffrant de délire.

La gestion des différents psychotropes que prenait l'homme constitue l'un des facteurs ayant compliqué ce cas. Le sevrage soudain, suivi d'une reprise de ses médicaments aux doses complètes avant l'admission, auraient entraîné des variations importantes des concentrations de médicament et, par conséquent, des symptômes de sevrage et de toxicité qui n'ont pas été détectés.

La prise en charge pharmacologique de l'agitation comme symptôme spécifique au délire doit être soigneusement coordonnée par les professionnels de la santé qui travaillent en équipe. L'utilisation d'un seul neuroleptique à faible dose comme l'halopéridol, la rispéridone ou la quétiapine, selon un horaire fixe et au besoin, constitue la base du traitement. Selon des études publiées, la dose initiale recommandée d'halopéridol dans la prise en charge du délire est de 0,5 à 1 mg.

Les benzodiazépines ne sont pas appropriées dans la prise en charge des comportements problématiques et de l'agitation dans les cas de délire. Des études ont montré qu'elles augmentaient la confusion et la sédation, pouvaient prolonger le délire et étaient moins efficaces que les neuroleptiques.

Le Comité sait que les RLISS de l'Ontario se sont engagés à mettre en œuvre des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés dans la province. Dans le rapport de septembre 2011 intitulé « Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario – Rapport sommaire et recommandations », tous les 14 RLISS de l'Ontario ont été mis à contribution dans la stratégie d'amélioration de la qualité visant à améliorer les soins hospitaliers prodigués aux aînés. Y sont proposées trois priorités d'intervention pour les hôpitaux : (1) Déclin fonctionnel; (2) *Délire* –

Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de dépistage, de prévention et de gestion du délire dans tous les services des hôpitaux afin d'optimiser les fonctions cognitives des patients;
(3) Transition entre les soins.

Recommandations

Aux réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. Le Comité juge prioritaire l'intégration de la reconnaissance du délire dans le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés. Il presse les RLISS de continuer de cultiver la mise en œuvre de ce Cadre et de ses priorités afin d'assurer l'excellence des soins prodigués aux aînés dans tous les hôpitaux de l'Ontario.

À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que le délire aigu est un syndrome clinique courant chez les adultes hospitalisés, en particulier les personnes âgées. Tous les professionnels de la santé qui travaillent en milieu hospitalier devraient avoir des connaissances sur la prévention et la reconnaissance du syndrome clinique du délire aigu.

À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que l'évaluation et la prise en charge du délire chez les patients hospitalisés nécessitent une démarche d'équipe interprofessionnelle coordonnée. Les équipes de soins de santé dans les hôpitaux de soins actifs devraient disposer de protocoles cliniques interprofessionnels pour le délire, qui comprendraient des stratégies de prises en charge pharmacologiques et non pharmacologiques.

À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

3. Les médecins qui prescrivent des traitements aux personnes âgées hospitalisées atteintes du délire devraient connaître les travaux couramment cités sur la prise en charge pharmacologique du délire (p. ex., CAMPBELL, N., M. A. BOUSTANI, A. AYUB et collab. « Pharmacological Management of Delirium in Hospitalized Adults – A Systematic Evidence Review », *Journal of Internal Medicine*, vol. 24, n° 7, 2009, p. 848). Les médecins devraient également avoir systématiquement accès à l'expertise de leurs collègues à ce sujet, dont des pharmaciens et des spécialistes en gériatrie et en psychiatrie.

Références

1. MANDELL, L. A., R. G. WUNDERINK, A. ANZUETO et collab. « Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, suppl. 2, 2007, p. S27.
 2. BRUNS, A. H., J. J. OOSTERHEERT, M. PROKOP, J. W. LAMMERS, E. HAK et A. I. HOEPELMAN. « Patterns of resolution of chest radiograph abnormalities in adults hospitalized with severe community-acquired pneumonia », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 45 n° 8, 2007, p. 983.
 3. COHEN, S. H., D. N. GERDING, S. JOHNSON et collab. « Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA) », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 31, 2010, p. 431-55.
 4. CAMPBELL, N., M. A. BOUSTANI, A. AYUB et collab. « Pharmacological Management of Delirium in Hospitalized Adults – A Systematic Evidence Review », *Journal of Internal Medicine*, vol. 24, n° 7, 2009, p. 848.
 5. Ibid.
-

Cas : 2012-16

Numéro de dossier : 2001-6780

Date du décès : 30 mars 2011

Âge : 75 ans

Motif de l'examen

Le coronar régional principal a demandé au Comité d'examiner ce cas, puisque des préoccupations ont été soulevées concernant la qualité des soins fournis au FSLD où habitait la défunte.

Documents à examiner

- Rapport d'enquête du coronar;
- Lettres du plus proche parent faisant état de ses inquiétudes, datées du 25 février 2011 et du 18 mars 2012;
- Recommandations du MSSLD;
- Plan de mesures correctives du FSLD;

- Examen de gestion des risques;
- Dossier médical du FSLD;
- Dossier médical de l'hôpital de soins actifs.

Histoire

La défunte était une femme de 75 ans qui avait été admise au FSLD en août 2008. Avant son admission, c'est sa fille qui s'est occupée d'elle pendant environ 10 ans. Elle a fait deux AVC, un en 2007 et un autre en 2008, qui ont entraîné une hémiparésie gauche, une aphasie expressive et une importante dysarthrie. La défunte était aveugle au sens de la loi en raison d'une rétinopathie diabétique et d'un glaucome. Ses antécédents médicaux comprenaient deux infarctus du myocarde antérieurs, la maladie de Graves, le diabète de type 2, l'hypertension, l'obésité, l'arthrose, des douleurs chroniques au genou, une hystérectomie, une cholécystectomie, une fracture du poignet (2006) et des infections urinaires récurrentes avec un épisode de bactériémie en 2008.

Ses transferts nécessitaient le recours à un levier de transfert en station debout et la participation de deux personnes; elle avait également besoin d'une aide importante de deux personnes pour l'habiller et lui donner le bain. Elle utilisait une ceinture de maintien bouclée en avant lorsqu'elle était dans son fauteuil roulant, et on l'encourageait à se promener de façon autonome. Elle suivait un régime alimentaire à texture modifiée en raison d'une dysphagie.

Le 5 janvier 2011 (avant le diagnostic de fracture du tibia), la femme prenait les médicaments suivants : 5 mg d'amlodipine par jour; 81 mg d'acide acétylsalicylique par jour; 0,125 mg de lévothyroxine par jour; 40 mg de furosémide par jour; 30 mg de lansoprazole par jour; 15 mg de méloxicam par jour; un comprimé de 5 mg d'oxycodone et 325 mg d'acétaminophène au coucher; 8,6 mg de Senokot^{MD} au coucher; une vitamine par jour; 20 mg de quinapril deux fois par jour; 25 mg d'aténolol deux fois par jour; 100 mg de docusate de sodium deux fois par jour; 0,6 mg de Nitro-Dur^{MD} par jour; 8 mEq de chlorure de potassium par jour; deux comprimés de Tylenol^{MD} Extra fort le matin et le midi; un à deux comprimés de 500 mg de Tylenol^{MD} deux fois par jour (la plupart du temps une fois par jour), au besoin; 10 U d'Humalog^{MD} par voie sous-cutanée trois fois par jour; 20 mg d'escitalopram par jour; et 30 mg de témazépam au coucher.

Le dossier de la défunte indiquait qu'elle avait des antécédents de douleurs articulaires et arthritiques. Une évaluation de la douleur effectuée le 16 septembre 2010 indique qu'elle « était agitée, se répétait ou faisait des mouvements répétitifs, exprimait verbalement sa détresse ou pleurait, exprimait de la tristesse, de la peine et de l'inquiétude dans son visage » en raison de la douleur. Le rapport indique qu'elle pouvait communiquer le site et les caractéristiques de la douleur, que la douleur apparaissait moins d'une fois par jour (mais plus d'une fois par semaine), et qu'elle touchait principalement ses hanches et ses articulations. La douleur était plus intense pendant les soins du matin et diminuait avec des comprimés de Tylenol^{MD} Extra fort. On croyait qu'il pouvait s'agir d'arthrite.

La femme recevait de l'acétaminophène et de l'oxycodone avec acétaminophène (Oxycocet) pour soulager la douleur. Parfois, la douleur l'empêchait de participer à des activités. Le 29 octobre 2010, pendant une évaluation de la déglutition effectuée par l'orthophoniste, il a été

noté que la femme « pleurait en raison d'une douleur à la jambe ». Une vérification de la conformité effectuée par le MSSLD indique que la femme n'a reçu qu'une dose de Tylenol^{MD} « au besoin » entre le 1^{er} décembre et le 19 décembre 2010. Toutefois, au cours du mois suivant, on lui a donné un total de 23 doses pour l'aider à contrôler sa douleur. Aucune évaluation de la douleur n'apparaît dans l'outil de gestion des dossiers électroniques (outil PointClickCare) entre le 23 novembre 2010 et le 29 janvier 2011.

Le soir du 19 décembre 2010, la fille de la résidente est venue au FSLD et a trouvé sa mère qui pleurait et se plaignait en raison de douleurs au genou gauche. La fille en a informé la PSSP, qui n'était au courant d'aucune blessure récente. Les évaluations du personnel infirmier réalisées le jour suivant n'ont révélé aucun signe d'enflure, de rougeur ou de chaleur au genou. La résidente présentait apparemment une légère décoloration bilatérale et une zone endommagée au genou droit qui étaient probablement dues à l'utilisation du levier de transfert en station debout. La femme avait des antécédents connus d'arthrose.

Un physiothérapeute a évalué la femme le 21 décembre 2010 et a noté qu'elle éprouvait de la douleur sur une gamme de mouvements, mais a affirmé qu'elle pouvait porter son poids et suivre un programme de physiothérapie sans se plaindre et sans ressentir d'inconfort. On a établi qu'on allait poursuivre l'administration du Tylenol^{MD} et la physiothérapie, puisqu'on jugeait que ce plan de traitement était efficace pour contrôler la douleur.

Le 30 décembre 2010, la fille de la résidente est devenue si inquiète que sa mère pleure et se plaigne constamment en raison de douleurs au genou gauche qu'elle a demandé qu'une radiographie soit effectuée immédiatement. On lui a répondu que le médecin de la résidente était absent jusqu'au 10 janvier 2011. La note prévenant de l'absence de trois semaines du médecin avait été rédigée dans un registre des communications qui était seulement accessible dans un poste de soins infirmiers et nulle part ailleurs dans l'établissement. La fille a demandé que le médecin de garde examine sa mère et lui prescrive une radiographie, ce qui n'a pas été fait.

Le 5 janvier 2011, la femme a été examinée par des membres d'un programme de santé mentale gériatrique. On leur a demandé de l'examiner parce qu'elle « pleurait presque tous les jours et que le personnel avait du mal à la calmer ». Sa fille était présente et a affirmé qu'elle trouvait que l'état de sa mère s'était détérioré de façon importante depuis sa dernière chute.

Une note du service de psychiatrie indique que la résidente avait fait trois chutes au printemps 2010, dont une où elle s'était cogné la tête. Elle avait également été évaluée (y compris au moyen d'un tomodensitogramme) à l'urgence en décembre 2009 en raison d'une chute et d'une blessure à la tête. Elle a fait une autre chute en juin 2010 : son fauteuil roulant était tombé sur elle en se renversant alors qu'elle y était attachée.

L'intervenant en santé mentale de la femme a noté qu'elle faisait peut-être une dépression, puisqu'elle « hurlait » la nuit lorsque sa fille n'était pas là et que ses épisodes de pleurs s'étaient intensifiés après le départ de sa fille en novembre 2010. Sa fille lui rendait généralement visite chaque soir pour lui donner son souper.

Il a aussi été noté que la femme avait des problèmes chroniques de douleurs au genou gauche et qu'on avait recommandé de lui administrer plus régulièrement du Tylenol^{MD} et de lui donner de l'oxycodone avec acétaminophène au coucher. La note indiquait que le retour de sa fille, l'augmentation de sa dose de Cipralex^{MD} et l'administration plus régulière d'analgésiques avaient contribué à diminuer ses épisodes de pleurs.

La femme a affirmé qu'elle se sentait triste, frustrée, et qu'elle avait des hallucinations. Il était impossible de lui faire passer un MMSE quantitatif en raison de sa cécité et de sa difficulté à parler, mais elle connaissait le mois, l'année, la saison, la province et le nom de l'établissement, et elle comprenait sa situation actuelle. D'après sa fille, plutôt que d'autres interventions psychiatriques, la femme aurait eu besoin de plus de séances d'orthophonie et de physiothérapie pour diminuer la frustration liée à son incapacité de communiquer et de se déplacer.

Le 7 janvier 2011, alors que sa fille l'amenait à un rendez-vous, la femme a fait un faux mouvement avec son pied, ce qui a provoqué une ecchymose sur son gros orteil et son tibia gauche, qui s'est étendue jusqu'à son pied et sa cheville. Le 8 janvier 2011, une infirmière a dit à la fille qu'un autre médecin était présent dans l'établissement, mais qu'il avait décidé de laisser le médecin de sa mère l'examiner deux jours plus tard.

Le 10 janvier 2011, le médecin habituel de la résidente l'a examinée et a demandé une radiographie de son genou gauche. Le 11 janvier 2011, la radiographie a été effectuée au moyen d'un service d'imagerie mobile et a révélé une légère arthrose du genou. On a également observé une légère déformation du haut du tibia avec un faible espace clair s'étendant du plateau tibial latéral à la région intercondylienne du tibia proximal, dont l'apparence laissait supposer une irrégularité mineure du plateau tibial interne. D'après l'apparence, il semblait s'agir d'une fracture sans déplacement. Il a été recommandé d'effectuer d'autres évaluations cliniques ainsi qu'une radiographie oblique. La femme a été mise au repos au lit le 11 janvier 2011.

Le 13 janvier 2011, la femme a été transportée à l'hôpital en ambulance pour subir d'autres examens et radiographies. Le dossier de traitement de l'urgence indique qu'elle présentait une blessure au genou gauche causée par une fracture du plateau tibial. On a posé une attelle de Zimmer et on a aiguillé la patiente vers une chirurgie orthopédique. Rien n'indique dans le dossier médical que l'opinion d'un spécialiste en orthopédie a été sollicitée.

Après avoir reçu la confirmation d'une fracture à l'urgence, la femme est retournée au FSLD avec une attelle pour assurer l'immobilisation et des analgésiques. On a augmenté son oxycodone avec acétaminophène à deux fois par jour le 18 janvier 2011, et le 25 janvier 2011, on l'a remplacée par 1 mg de morphine en sirop par voie orale deux fois par jour, selon un horaire fixe.

Le 13 janvier 2011, le FSLD a prévenu le MSSLD de l'incident critique lié au fait que le diagnostic de fracture n'avait pas été posé. La fille de la résidente a également envoyé une lettre au MSSLD pour exprimer ses préoccupations relatives aux soins fournis à sa mère au FSLD.

Le 9 mars 2011, avant le décès de la femme, une inspection a été réalisée à la suite de la plainte d'incident critique.

Les notes de mars 2011 indiquaient les éléments suivants :

Date	Note
1 ^{er} mars 2011	La fille de la résidente est partie en vacances. On a reçu un consentement pour remplacer le régime alimentaire de la résidente (nourriture hachée) par de la nourriture en purée au besoin, puisqu'elle avait de la difficulté à avaler. Un sondage intermittent a été effectué.
3 mars 2011	Des radiographies pulmonaires ont révélé « l'absence de processus actif ». Une infection urinaire a été détectée, et le médecin a prescrit de la nitrofurantoïne pendant sept jours.
6 mars 2011	La femme avait des problèmes d'hyperextension du cou, ce qui compliquait son positionnement.
9 mars 2011	La femme était réveillée dans son fauteuil roulant et a mangé les deux repas qui lui ont été servis ce jour-là.
10 mars 2011	La résidente a reçu sa dernière dose de nitrofurantoïne, et on a constaté plus tard ce jour-là une fièvre de 38,7 °C. Le médecin a été avisé, et une analyse d'urine pour la culture d'urine et un test de sensibilité ont été commandés. On a commencé à lui administrer du triméthoprim et du sulfaméthoxazole deux fois par jour pour une durée de sept jours. L'état de la patiente a continué de se détériorer, et elle a été transférée à l'hôpital à 17 h 05.
11 mars 2011	Elle est revenue de l'hôpital à 4 h 15 avec un diagnostic d'infection urinaire. Elle a été traitée avec de la céfalexine. Le médecin de l'urgence a recommandé qu'on surveille plus régulièrement la glycémie de la femme. L'infirmière a téléphoné au bureau du médecin au sujet de cette recommandation, mais on l'a informée qu'il était absent jusqu'au 15 mars 2011. Toutefois, l'infirmière du bureau du médecin lui a dit de surveiller plus souvent la glycémie de la femme et de rappeler si son état se détériorait. La résidente avait de la difficulté à avaler et n'a mangé que la moitié de son repas.
12 mars 2011	La résidente s'est plainte d'une douleur au genou gauche. Le médecin de garde a été informé et a indiqué de seulement lui donner les médicaments « au besoin ».

13 mars 2011	La résidente était « calme et regardait la télévision », mais s'est plainte d'une douleur à l'épaule gauche.
14 mars 2011	Un physiothérapeute a examiné la résidente afin d'ajuster son fauteuil roulant de manière à garder sa tête et son cou en position neutre, « sinon, elle avait tendance à étirer son cou, ce qui compliquait sa déglutition ».
16 mars 2011	Une évaluation de la diététiste a été effectuée, et un régime alimentaire composé de nourriture en purée et de liquides ayant la consistance du miel a été prescrit jusqu'au retour de sa fille le 28 mars. Le matin, la résidente était dans son fauteuil roulant, mais l'après-midi, on a noté qu'elle émettait des plaintes expiratoires et on l'a remise au lit. À 17 h, elle faisait 38 °C de température. On lui a donné du Tylenol^{MD} et on l'a encouragée à boire des liquides pendant la nuit.
17 mars 2011 au 30 mars 2011	Le matin, la résidente avait une fièvre de 39 °C et refusait tous les médicaments oraux. On a communiqué avec le médecin pour obtenir des directives relativement à la fièvre persistante et aux difficultés respiratoires de la femme. La femme a été transférée à l'hôpital. On ne dispose d'aucune note sur son séjour à l'hôpital de soins actifs, mais le FSLD est resté en contact avec l'hôpital. La femme a été admise à l'unité de soins intensifs et placée sous ventilation. Son état s'est légèrement amélioré, et on l'a extubée. Elle a par la suite développé une pneumonie et est décédée le 30 mars 2011.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée. Le coroner a déterminé que la cause du décès était la sepsie causée par les complications médicales d'une fracture du plateau tibial de la jambe gauche. L'AVC et le diabète ont contribué au décès. Il s'agit d'une mort accidentelle.

Discussion

La défunte était une femme de 75 ans qui était confinée à un fauteuil roulant en raison d'une arthrose et d'une hémiparésie causée par deux AVC antérieurs. Elle était aveugle au sens de la loi en raison d'une rétinopathie diabétique et d'un glaucome. Il fallait un lève-personne pour effectuer ses transferts. Elle s'était déjà plainte de douleurs au genou. Vers le 19 décembre 2010, elle aurait subi une fracture du plateau tibial qui a seulement été confirmée au moyen d'une

radiographie le 13 janvier 2011. On l'a traitée de façon conservatrice au moyen d'une attelle et d'analgésiques.

Le 10 mars 2011, la résidente a fait de la fièvre et a été traitée pour une infection urinaire. Elle a une fois de plus été hospitalisée pendant une semaine en raison d'une maladie fébrile et de difficultés respiratoires. On a remarqué qu'elle souffrait d'une insuffisance respiratoire et nécessitait une intubation et une ventilation. On l'a ensuite extubée, mais on lui a diagnostiqué une pneumonie. Elle est décédée à l'hôpital le 30 mars 2011.

Elle a également souffert d'une dysphagie progressive. Au début de mars, on savait qu'elle éprouvait de plus en plus de difficultés à avaler et on a modifié la texture de son régime alimentaire. On a également observé des problèmes relatifs au positionnement de son cou, et on a estimé que l'hyperextension l'empêchait de bien avaler. Le Comité soupçonne qu'elle a développé une pneumonie par aspiration en raison de sa dysphagie. Il est difficile d'établir avec certitude un lien entre son décès d'une pneumonie et une fracture peu traumatique qu'elle aurait possiblement subie trois mois auparavant.

Le MSSLD a effectué une inspection à la suite de cet incident critique. Des ordonnances et des avis écrits ont été envoyés à l'établissement. Un examen de la gestion des risques a été réalisé, et un plan de mesures correctives a été mis en place.

Dans le cadre de l'examen de gestion des risques mené par le FSLD, de nombreuses entrevues ont été réalisées auprès des membres du personnel. Ceux-ci ne semblent pas avoir remarqué de changements importants dans le comportement ou l'état de la résidente, puisque celle-ci se plaignait depuis longtemps de douleurs au genou. De plus, le registre électronique dans lequel figuraient les médicaments « au besoin » de la femme montre que les employés qui lui administraient ses médicaments n'ont pas eu suffisamment de temps pour remarquer que l'utilisation de ses médicaments « au besoin » avait augmenté vers la fin de décembre. Les employés ont également indiqué qu'ils ne soupçonnaient aucune blessure importante, vu qu'aucun événement traumatique n'était inscrit au dossier de la résidente. Selon le coroner, le chirurgien orthopédiste estimait qu'il n'aurait pas fallu une force importante pour causer une fracture à cette femme âgée diabétique, à mobilité réduite et souffrant d'ostéoporose grave, et que la blessure aurait pu avoir été causée lors d'un transfert. Le chirurgien était d'avis que si une radiographie avait été effectuée la première fois que la famille l'a demandée, on aurait pu établir un diagnostic, ce qui aurait permis de soigner la résidente plus rapidement à l'aide d'analgésiques et d'autres mesures pour réduire l'intensité de sa douleur, comme lui installer une attelle à la jambe gauche et éviter qu'elle porte son poids durant les transferts.

Dans le cadre de l'examen de la gestion des risques mené par le FSLD, on s'est également penché sur les problèmes de communication entre les médecins et le personnel infirmier, surtout pendant la période des Fêtes.

On s'est demandé pourquoi le FSLD n'avait pas transféré la résidente à l'urgence de l'hôpital pour qu'elle soit examinée, surtout étant donné qu'on avait du mal à obtenir une évaluation médicale sur place. On a laissé entendre que certains FSLD ont été critiqués par le passé parce qu'ils transféraient trop de résidents à l'urgence. Quoi qu'il en soit, même si la résidente n'avait

pas nécessairement besoin d'être transférée à l'urgence, elle avait besoin d'une évaluation sur place adéquate et d'un service d'imagerie mobile.

Le coroner régional principal a demandé que ce cas soit examiné en raison de l'absence de diagnostic d'une fracture du tibia, qui est probablement survenue le 19 décembre 2010 et qui a été confirmée à l'aide d'une radiographie le 11 janvier 2011. Le coroner enquêteur a déterminé que la cause première du problème était la communication entre le personnel infirmier et la famille ainsi que le médecin traitant. Une enquête a été menée par le MSSLD et a donné lieu à deux ordonnances et à six avis écrits destinés aux FSLD.

Le coroner régional principal a ensuite examiné tous les décès survenus au FSLD sur une période de six mois. Aucun autre problème lié à la qualité des soins n'a été relevé.

Recommandations

Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Ontario Long Term Care Association, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario :

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient demeurer très à l'affût des signes de fracture ou de blessure importante chez les personnes âgées fragiles et à mobilité réduite, même en l'absence d'un trauma connu ou de signes cliniques déterminés d'un trauma.
1. Les FSLD devraient assurer la disponibilité de cliniciens (c.-à-d., médecins ou infirmières autorisées [catégorie supérieure]) pour évaluer les résidents sur place lorsque leur état change.

Commentaires du Comité : Le FSLD en cause dans ce cas aurait avantage à se doter des connaissances et des compétences en évaluation d'une infirmière en pratique avancée capable d'évaluer les résidents sur place et d'organiser des examens approfondis, au besoin.

2. Les outils de documentation des FSLD devraient permettre au personnel de déterminer des tendances en matière de douleur, de comportement ou de soins médicaux qui pourraient entraîner des changements importants de l'état de santé des résidents.

Au coroner régional principal et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

3. Le coroner régional principal devrait effectuer un suivi auprès du FSLD en cause pour assurer la mise en œuvre des changements relatifs à la communication entre le personnel et les médecins et veiller à ce qu'un nombre suffisant de médecins ou d'infirmières soient disponibles rapidement pour évaluer les résidents dont l'état de santé évolue.

Numéro de dossier : 2012-4170

Date du décès : 7 avril 2012

Âge : 88 ans

Documents à examiner

- Lettre du coroner régional principal;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport de police – Rapport général;
- Rapport de police – Résumé des conclusions de l'enquête;
- MSSLD – Rapport sur l'assaillante;
- Profil de santé de la Résidente B;
- Profil de santé de la défunte;
- CASC – Outil d'évaluation du comportement de la Résidente B;
- CASC – Outil d'évaluation du comportement de la défunte;
- Dossier du FSLD sur la défunte.

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner indépendamment les circonstances entourant le décès d'une femme de 88 ans, qui est morte de blessures subies à la suite d'une agression par une autre résidente (Résidente B) dans le FSLD agréé où elles vivaient. Comme il s'agit d'un cas d'homicide, celui-ci devait obligatoirement faire l'objet d'un examen du Comité, conformément à la politique du Bureau du coroner en chef.

Sommaire de l'incident

Le 7 octobre 2011, la femme a été poussée par terre par une autre résidente du FSLD. Aucune blessure n'a été notée.

Le 1^{er} novembre 2011, la femme a tiré la chaise d'une autre résidente, qui a tenté de lui asséner un coup de pied et de poing, mais il n'y a eu aucun contact.

Le 4 novembre 2011, la femme a eu une altercation avec une autre résidente et a subi des égratignures au visage.

Le 6 novembre 2011, la femme a fait une chute sans témoin qui a nécessité des points de suture en raison d'une lacération du cuir chevelu.

Le 13 novembre 2011, la femme a frappé une autre résidente à plusieurs reprises.

Les 16, 18 et 19 novembre 2011, la femme a fait preuve d'agressivité envers une autre résidente sans que cette dernière la provoque.

Le 30 novembre 2011, la femme a commencé à recevoir un traitement pour une infection urinaire. Ses comportements agressifs se sont calmés jusqu'au 7 décembre 2011. Ses agressions étaient intermittentes : il ne se passait rien pendant quelques jours, puis elle agressait verbalement d'autres personnes et tentait d'agresser physiquement le personnel et les autres résidents.

Le 19 janvier 2012, la femme a été frappée par une autre résidente après une dispute verbale.

Le 30 janvier 2012, la femme a perdu l'équilibre et s'est cogné la tête. Elle a été transférée à l'hôpital, où elle a refusé le tomodensitogramme.

Le 15 février 2012, la femme est restée au lit, puisqu'elle était fiévreuse. On a commencé à lui administrer de la ciprofloxacine parce qu'on soupçonnait une infection urinaire. Le dossier indique qu'après cette infection, son agressivité a diminué et qu'elle a légèrement résisté lors de ses soins à une seule occasion.

Le 1^{er} mars 2012, la Résidente B s'est approchée de la femme, qui se tenait près de l'ascenseur, et l'a poussée sur la porte de l'ascenseur. La femme est tombée et s'est fracturée la hanche. Les services médicaux d'urgence ont prévenu la police de l'incident.

D'après les entrevues menées par la police auprès des employés qui ont assisté à l'altercation le 1^{er} mars 2012, la femme « aboyait au visage » de la Résidente B, qui était assise près de l'ascenseur. Cette dernière s'est levée de sa chaise et a poussé la femme en direction de l'ascenseur. Le personnel savait que les deux résidentes étaient agressives envers les autres résidents, mais aucune altercation n'avait encore eu lieu entre elles. La Résidente B était connue pour étreindre les gens ou se fâcher et les pousser. Les deux résidentes pouvaient se déplacer de façon indépendante. La défunte était une femme qui s'exprimait beaucoup, et la Résidente B « parlait dans son propre langage ».

Le 2 mars 2012, on a procédé à une correction chirurgicale de la hanche de la victime.

La femme est retournée au FSLD le 23 mars 2012, où elle est décédée le 7 avril 2012.

Aucune note n'a été rédigée entre son retour au FSLD le 23 mars 2012 et son décès le 7 avril 2012. Le coroner a noté qu'on lui avait diagnostiqué un délire après l'opération et qu'elle avait de la difficulté à consommer de la nourriture à son retour au FSLD, où son état a continué de se détériorer. Le coroner a attribué le décès aux complications de la fracture à la hanche. Aucune accusation n'a été portée contre la Résidente B, puisqu'on a établi qu'elle n'était pas consciente des conséquences de ses actes.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Mode de décès : Homicide

Histoire de la défunte

La défunte a vécu chez elle avec son conjoint jusqu'en mai 2011, lorsqu'elle a été admise à l'hôpital présentant une fibrillation auriculaire rapide. Comme elle souffrait de démence, on a établi qu'elle ne pouvait plus retourner chez elle, et elle a été admise au FSLD en septembre 2011.

Lors de son admission au FSLD, elle pesait 40 kg et mesurait 143 cm. Deux jours après son admission, la femme a commencé à manifester de l'agressivité physique et verbale envers le personnel et à montrer des signes de paranoïa. Plusieurs notes au dossier indiquent que la femme frappait le personnel et qu'il fallait plusieurs personnes pour la maîtriser.

Au moment de son admission, ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

- démence diagnostiquée en mars 2010 (pointage de 3/30 au MMSE);
- ostéoporose;
- coronaropathie;
- fibrillation auriculaire;
- perte auditive;
- maladie de Vaquez;
- insuffisance cardiaque congestive;
- cellulite du gros orteil avec ongle incarné (traitement difficile en raison d'une résistance aux soins);
- infections urinaires.

Sa médication comprenait les médicaments suivants :

- 12,5 mg de quétiapine deux fois par jour;
- 10 mg de bisoprolol par jour;
- 40 mg de furosémide par jour;
- 50 mg de losartan par jour;
- Un timbre de nitroglycérine de 0,4 mg par jour;
- 1,25 mg de warfarine par jour;
- 0,125 mg de digoxine par jour;
- 30 mg de diltiazem deux fois par jour.

On savait que la résidente souffrait de paranoïa, errait dans les chambres et les ascenseurs et accumulait ses objets et ceux des autres.

Elle manifestait de l'agressivité physique et surtout verbale à l'égard du personnel et des autres résidents. Les employés utilisaient diverses stratégies pour la calmer, dont organiser des rencontres individuelles, lui offrir une collation ou un repas si nécessaire, la rediriger vers une autre activité, l'amener dans un endroit paisible et, parfois, lui administrer 12,5 mg de quétiapine. Si une de ces stratégies ne fonctionnait pas, ils en essayaient une autre. La plupart du temps, ils parvenaient à la calmer en 30 minutes.

Histoire de la Résidente B

La Résidente B, qui a agressé la femme le 1^{er} mars 2012, a été admise au FSLD en mai 2011. Elle avait 74 ans, pesait 69 kg et mesurait 154 cm. Ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

- démence;
- dépression;
- ostéoporose.

Sa médication comprenait les médicaments suivants :

- 40 mg de citalopram par jour;
- 24 mg de galantamine le soir;
- 1 mg de lorazépam le soir;
- 400 mg de Didrocal^{MD} par jour;
- 81 mg d'acide acétylsalicylique par jour;
- 50 mg de quétiapine trois fois par jour;
- 20 mg de mémantine par jour;
- une à deux bouffées de Ventolin^{MD} quatre fois par jour;
- 30 ml de lactulose par jour;
- 8,6 mg de Senokot^{MD} le soir.

Le rapport RAI-MDS (*Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set*) du MSSLD indique que Résidente B était incapable ou rarement capable de s'exprimer et de comprendre. Elle présentait des symptômes comportementaux d'agressivité physique et verbale et résistait aux soins. Résidente B pouvait être à l'aise d'interagir avec d'autres personnes, mais pouvait également exprimer ouvertement son désaccord ou sa colère envers sa famille et ses amis. Il lui arrivait souvent d'étreindre les gens ou de les pousser si elle était en colère.

Discussion

Le cas porte sur une femme de 88 ans qui est décédée des complications d'une fracture à la hanche, survenue lorsqu'une autre résidente l'a poussée au FSLD où elles habitaient. La défunte et Résidente B souffraient toutes deux de démence et avaient des antécédents de comportements agressifs envers d'autres personnes.

Aucune autopsie n'a été réalisée. Or, il est important de comprendre comment la blessure est survenue et si elle a constitué un facteur causatif pour déterminer de façon éclairée le mode de décès. L'autopsie peut fournir des renseignements nécessaires à cette fin.

Recommandations

Aucune recommandation.

Cas : 2012-18

Numéro de dossier : 2012-4974

Date du décès : 24 avril 2012

Âge : 90 ans

Documents à examiner

- Lettre du coroner régional principal au Comité;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Rapport de police;
- Politique liée à la « stratégie de prévention des chutes » de l'hôpital de soins actifs (mars 2008);
- « Politique de contention minimale » de l'hôpital de soins actifs (février 2011);
- Dossier de l'hôpital de soins actifs (mars et avril 2012).

Histoire

Le défunt était un homme de 90 ans qui vivait dans une maison de retraite, mais qui a été admis à l'hôpital en raison d'une perte d'autonomie, d'un délire et d'une diarrhée associée à *C. difficile*. Il est décédé le 24 avril 2012, alors qu'il essayait de sortir d'un lit dont les demi-barrières étaient relevées. Il portait également un gilet de contention à ce moment.

Les antécédents médicaux du défunt comprenaient les éléments suivants :

1. démence mixte (traitée à l'aide de donépézil);
1. fibrillation auriculaire (traitée à l'aide de clopidogrel pour prévenir les AVC);
2. maladie du sinus nécessitant un stimulateur cardiaque permanent (2005);
3. hyperlipidémie (traitée à l'aide de simvastatine);
4. perte auditive (il détestait porter ses appareils auditifs).

À la maison de retraite, l'homme se déplaçait de façon indépendante, était calme et agréable, et nécessitait de l'aide seulement une fois par jour pour accomplir ses activités quotidiennes. Vers le 20 mars 2012, on a observé un changement important dans son comportement. Il a cessé de se présenter aux repas, il s'est mis à manger moins et il a commencé à se coucher avec ses vêtements et ses chaussures. Une analyse d'urine a été effectuée et a révélé une possible infection urinaire. On a commencé à lui administrer des antibiotiques oraux, mais il avait de la

difficulté à les avaler, tombait et était devenu somnolent. Le 25 mars 2012, il a été transféré à l'hôpital général local de soins actifs, où il a été hospitalisé.

Les examens réalisés lors de son admission ont révélé une hypernatrémie (Na =161 mmol/), une créatinine de 212 µmol/l (valeur de base de 80-90) et une leucocytémie élevée, de 19,9 (principalement des neutrophiles). Une radiographie pulmonaire a révélé l'absence de problème thoracique et un tomodensitogramme du cerveau a montré « une atrophie liée à l'âge et un changement microangiopathique ». On a commencé à lui administrer des antibiotiques par voie intraveineuse (de la ceftriaxone pendant quatre jours, suivie de ciprofloxacine par voie orale) et à effectuer un remplacement liquidien intraveineux. Il dépendait alors entièrement des autres personnes pour accomplir ses activités quotidiennes, portait un cathéter urinaire et souffrait d'incontinence fécale.

Pendant les premiers jours de son hospitalisation, il était physiquement agité. Le 27 mars 2012, l'infirmière autorisée a noté « qu'il était agité dans son lit, se déshabillait, mettait ses jambes sur les côtés de lit, enlevait son oxygène et tirait sur son cathéter ». On lui a administré 1 mg de lorazépam par voie intraveineuse.

Du 28 au 31 mars 2012, on a commencé à mettre au patient un gilet de contention parce qu'une infirmière l'a trouvé par terre après qu'il eût sauté d'un lit dont les quatre côtés étaient relevés et qui était muni d'une alarme. On a inscrit au dossier qu'on utilisait un moyen de contention « parce qu'il risquait de se faire mal, qu'il était agité et qu'il risquait de se faire du mal ».

Au cours de la première nuit avec son gilet de contention, l'homme a tenté de l'enlever en le passant par-dessus sa tête.

Le consentement d'utiliser la contention a été obtenu par le titulaire de la procuration de l'homme le jour suivant, par téléphone. Voici un document issu du document lié à la conversation qui a eu lieu sur le consentement :

L'utilisation de gilet de contention sangles de poignets est recommandée

(Préciser moyen de contention)

pour _____ .

(Nom du patient)

Je comprends que, conformément à la politique de contention minimale de l'hôpital Royal Victoria, la contention physique, environnementale et chimique doit uniquement être utilisée une fois que toutes les mesures ont été tentées et jugées inefficaces. Je comprends que la méthode la moins restrictive sera utilisée pendant la plus courte période possible et que l'utilisation de la contention sera interrompue dès que possible. J'ai reçu de l'information sur :

↳ Les raisons pour lesquelles la contention est recommandée

“ Les autres mesures qui ont été essayées ou envisagées

↳ Les risques et les avantages associés au moyen de contention envisagé

“ La période durant laquelle on prévoit utiliser le moyen de contention

↳ Les risques associés au fait de ne pas utiliser de contention

Je comprends la nécessité d'utiliser la contention ainsi que les risques associés et les effets secondaires.

Le 29 mars 2012, on a ajouté des sangles aux deux poignets pendant quelques heures, jusqu'à ce que le cathéter urinaire soit enlevé. Toutefois, on a laissé au patient le gilet de contention malgré une note rédigée le 30 mars 2012 qui expliquait ce qui suit : « Il se rétablit facilement, il discute de la guerre. »

Le 30 mars 2012, ses électrolytes et sa fonction rénale s'étaient graduellement normalisés, et sa leucocytémie était redevenue normale. Il accomplissait de mieux en mieux ses activités quotidiennes, dont la marche, et il a été retransféré à la maison de retraite le 4 avril 2012. Il avait besoin d'un peu d'aide pour assurer son hygiène personnelle, prendre son bain et manger, mais il était autonome pour ses transferts, sa toilette et ses déplacements.

Le 7 avril 2012, il a été transféré à nouveau à l'hôpital général de soins actifs en ambulance parce qu'il « refusait ses médicaments et toute nourriture, ne sortait pas du lit, souffrait d'une diarrhée persistante (*depuis son congé de l'hôpital trois jours plus tôt*), et ne buvait pas d'eau ». Les services médicaux d'urgence ont indiqué que l'homme « refusait de coopérer et manifestait de l'agressivité » et qu'il avait menacé de frapper un ambulancier au visage. Ils ont également rapporté que l'intervention s'était prolongée parce que l'homme était agressif.

À son arrivée à l'urgence, l'homme était confus et belliqueux, mais il s'est calmé après quelques heures. Sa diarrhée n'avait pas cessé, et on décrivait ses selles comme étant « jaunâtres avec des sécrétions de sang et nauséabondes ». Lorsque l'homme a été admis dans une chambre standard, on a instauré les précautions contre la transmission par contact. On a noté qu'il était agité et qu'il avait menacé de frapper l'infirmière. Il s'est ensuite calmé lorsque l'infirmière a discuté avec lui des limites relatives au comportement approprié.

Le 9 avril 2012, un prélèvement de selles a révélé un résultat positif à la toxine de *C. difficile*. L'homme a été transféré dans une chambre individuelle, les précautions contre la transmission par contact ont été maintenues, et on a commencé à lui administrer du métronidazole et des saccharomyces (Florastor^{MD}) par voie orale pendant dix jours. Le 13 avril 2012, cela faisait 48 heures qu'il n'avait pas eu d'épisode de diarrhée; on a donc arrêté les précautions (conformément aux pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses), et il a quitté sa chambre individuelle.

Pendant son traitement de dix jours contre *C. difficile*, l'homme a continué de présenter des caractéristiques cliniques de délire aigu, probablement en raison de l'infection à *C. difficile*. Il refusait de façon intermittente ses repas, ses médicaments et ses soins personnels.

Il a commencé tranquillement à s'améliorer sur le plan fonctionnel, et il se déplaçait seul à l'aide d'une marchette. Or, l'équipe soignante et la famille ont décidé qu'il devait être transféré dans un FSLD, puisque ses besoins en matière de soins étaient trop élevés pour être comblés dans une maison de retraite.

Le 16 avril 2012, on a établi que l'homme nécessitait un autre niveau de soins. Son état était stable (même son délire s'atténuait), et il pouvait être transféré dans un FSLD aussitôt qu'un lit se libérerait. Son traitement contre *C. difficile* a pris fin le 19 avril 2012.

Le 22 avril 2012, son état de santé a changé : il a fait quatre selles et a recommencé à souffrir de diarrhées le jour suivant. Il est devenu plus agité, signe de l'intensification de son délire, dont il ne s'était pas complètement rétabli. À ce moment-là, il prenait entre autres les médicaments suivants : 10 mg de donépézil par jour; 75 mg de clopidogrel par jour; 5 000 U de daltéparine par voie sous-cutanée par jour (pour prévenir une thrombose veineuse profonde); 2,5 mg d'olanzapine tous les soirs; 325 à 650 mg d'acétaminophène toutes les six heures, au besoin (jamais administré); 5 mg de zopiclone au coucher, au besoin (jamais administré); 25 mg de quétiapine par voie orale, au besoin (jamais administré); 2,5 mg d'halopéridol toutes les quatre à six heures, au besoin (jamais administré); et du dimenhydrinate, du sennoside et du lactulose, au besoin (jamais administré).

On a rétabli les précautions contre la transmission par contact et on l'a transféré à nouveau dans une chambre individuelle. Une alarme pour le lit était utilisée en raison de son risque de chute.

Tard le soir du 23 avril 2012, l'alarme de lit a été activée, et le personnel a trouvé l'homme essayant de sortir du lit, les jambes à travers les côtés de lit. Il semblait confus quant à l'heure et à l'endroit où il se trouvait. Le personnel a examiné ses antécédents et, remarquant qu'il avait fait une chute le 14 avril 2012, lui a mis un gilet Posey. On a commencé à documenter l'utilisation des moyens de contention, et l'homme a été observé neuf fois au cours des huit heures qui ont suivi. La dernière observation a été entrée à 9 h 20 le 24 avril 2012.

À 9 h 50, une infirmière est entrée dans la chambre du patient et l'a trouvé coincé sur le côté droit, entre le côté de lit supérieur et le côté de lit inférieur. Il avait le visage vers le bas, les bras au-dessus de sa tête et le torse coincé entre les côtés de lit, au niveau de la poitrine. Son menton était replié vers le bas et ses fesses étaient sur le bord du lit. Ses pieds touchaient le sol, mais ne portaient pas son poids. Le gilet de contention était relevé sur son dos, le bas du gilet au bas de sa cage thoracique. L'attache de gauche du gilet de contention était tirée et serrée à travers le lit, et le gilet de contention arrivait sur son cou environ à la hauteur de la ligne de contour des cheveux. L'homme était crispé, mais on n'a observé aucune empreinte de peau ou rougeur. Sa peau était pâle, ses yeux étaient fixes, il ne répondait pas aux forts stimuli verbaux et il n'avait pas de pouls.

On a noté que les quatre côtés de lit étaient relevés et que l'homme portait une chemise d'hôpital et un gilet de contention Posey de taille « petit », qui étaient tordus autour de son torse. Des documents supplémentaires indiquent que le gilet de contention était relevé sous les bras de l'homme et serré sous ses aisselles, et que le bas du gilet lui arrivait au niveau de l'appendice xiphoïde. Les attaches du gilet de contention sont restées fixées au lit.

Comme une ordonnance de non-réanimation figurait au dossier de l'homme, l'infirmière a demandé aux personnes présentes de le remettre dans son lit et d'enlever son gilet de contention.

Autopsie

Un examen externe a confirmé une blessure récente, dont des abrasions au genou et au coude gauches et des plaques d'érythème sur la partie gauche de la poitrine.

L'examen interne a révélé les éléments suivants :

- pas d'hémorragie pétéchiale des surfaces viscérales ou sclérales;
- maladie athéromateuse dans les artères coronaires entraînant une sténose à 90 % de l'artère interventriculaire antérieure, une sténose à 80 % de l'artère circonflexe proximale et une sténose à 60 % de l'artère coronaire droite distale;
- fibrose du myocarde en foyers de la paroi postérieure latérale sous-endocardique sur une superficie de 2,0 x 1,0 cm dans sa plus grande dimension;
- athéromes aortiques avec ulcérations multiples;
- cystite emphysémateuse dans les lobes supérieurs des deux poumons;
- pas de signe de colite pseudo-membraneuse;
- atrophie cérébrale légère.

D'autres examens histologiques ont révélé les éléments suivants :

- fibrose interstitielle du myocarde en foyers, pas d'inflammation ou de nécrose des fibres du myocarde aiguë;
- nombreuses scléroses des glomérules rénaux et vaisseaux sanguins à parois épaisses avec inflammations interstitielles en foyers;
- grave rétrécissement athéromateux de l'intima des artères coronaires.

Dans la discussion sur les conclusions, le médecin légiste a affirmé ceci : « Le décès est attribuable à une cardiopathie ischémique et à l'emphysème. Le rôle possible de la compression du thorax associée au dispositif de contention et à la contorsion du corps demeure indéterminé. Toutefois, le temps que le défunt a passé en position contorsionnée avec le thorax coincé entre les côtés de lit avant qu'il décède laisse croire que ces facteurs ont au moins joué un rôle contributif dans son décès. »

Le coroner enquêteur a indiqué que le défunt avait probablement été victime d'une combinaison d'asphyxie positionnelle et traumatique. L'asphyxie positionnelle se produit « lorsque le corps est placé de manière à compromettre la respiration ou qu'une pression externe exercée sur la poitrine, le cou et d'autres parties du corps rend la respiration difficile ou impossible ». On croit

que l'asphyxie traumatique se serait produite à cause du piégeage entre les côtés de lit en plus de la torsion du défunt dans son gilet de contention, ce qui aurait serré le gilet et entraîné une constriction de la région thoraco-abdominale et une diminution de la ventilation. Le coroner enquêteur a avancé l'hypothèse selon laquelle le défunt, en essayant de se libérer des dispositifs de contention, aurait pu avoir une montée de catécholamine, ce qui aurait provoqué des changements métaboliques et cardiovasculaires et sa mort subite (ce qui pourrait expliquer le peu de résultats trouvés lors de l'autopsie). Le coroner a déterminé que la cause du décès était l'asphyxie mécanique associée à un trouble cardio-pulmonaire en raison du gilet de contention et de l'espace entre les côtés de lit inférieurs et supérieurs. Les facteurs contributifs sont la démence et l'infection à *C. difficile*.

Discussion

Le défunt était un homme de 90 ans, ancien officier militaire à la retraite et prisonnier de guerre, qui est décédé en essayant de se libérer de deux dispositifs de contention physique, soit un gilet de contention et des côtés de lit. On avait commencé à utiliser les moyens de contention après que l'homme ait tenté une seule fois de sortir du lit alors qu'il se trouvait dans une chambre d'isolement en raison d'une infection à *C. difficile*.

Les notes ne permettent pas d'établir si l'équipe soignante du défunt savait qu'il souffrait de délire aigu. Le délire aigu chez une personne âgée fragile nécessite une approche interprofessionnelle de soins de soutien et de gestion du comportement. Les mesures non pharmacologiques comme la réorientation fréquente, la normalisation des routines, la présence de personnes (p. ex., membres de la famille) et d'objets connus (p. ex., des photos), ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge du délire aigu. En outre, il est clairement démontré que l'utilisation à court terme de doses régulières (pas seulement « au besoin ») de neuroleptiques aide à gérer le comportement. Toutefois, l'utilisation de ces médicaments nécessite une surveillance et un titrage attentifs ainsi qu'une étroite collaboration et une bonne communication entre les médecins prescripteurs et les professionnels de la santé qui fournissent des soins quotidiens.

Bien qu'on ait prescrit au patient des neuroleptiques « au besoin », on ne lui en a jamais administré. Aucun plan global clair n'a été mis en place pour aider l'équipe soignante à gérer le délire et l'agitation physique de l'homme.

L'hôpital de soins actifs où l'homme est décédé appliquait une politique de contention minimale. Cependant, la politique *comprendait* l'option d'utiliser un gilet de contention. Même si l'utilisation des gilets de contention est autorisée dans les hôpitaux de soins actifs, cette mesure va à l'encontre des directives législatives actuelles qui interdisent leur utilisation dans tous les FSLD de la province. Par ailleurs, de nombreux hôpitaux de soins actifs ont cessé de les utiliser sans que cela entraîne une augmentation des conséquences indésirables, comme les chutes. Les gilets de contention sont dangereux et ont causé plusieurs décès dans des circonstances semblables, dont certains ont fait l'objet d'un examen du Comité.

Dans ce cas-ci, la mise en œuvre de la politique de contention minimale s'est avérée problématique à plusieurs égards :

1. **Solutions de rechange à l'utilisation des moyens de contention dans la gestion du délire chez un patient manifestant de l'agitation** : Rien n'indiquait qu'on avait tenté de comprendre la nature ou la cause du comportement de l'homme (douleur, faim, solitude, ennui, peur, etc.).

La mise en place d'un plan de traitement complet pour le délire aurait pu empêcher l'utilisation des moyens de contention. Ce type de plan comprendrait des mesures non pharmacologiques et l'utilisation judicieuse de doses régulières de neuroleptiques.

De toute évidence, l'alarme de lit (une solution de rechange aux moyens de contention) *était* utilisée et *était* efficace dans une certaine mesure, en ce sens qu'elle a alerté une infirmière lorsque l'homme a tenté de sortir de son lit. On ignore pourquoi on avait jugé que l'utilisation de l'alarme, seule, n'était pas suffisante et qu'il fallait appliquer d'autres contentions physiques.

1. **Documentation des solutions de rechange aux moyens de contention** : On ne mentionne nulle part dans le dossier qu'on a envisagé d'autres solutions que les moyens de contention et l'alarme de lit. On ignore si d'autres options, comme un lit à hauteur réglable ou un coussin pour le sol, ont été envisagées. On ignore également si on a pensé à abaisser les côtés de lit pour permettre au patient de se déplacer librement après avoir discuté des risques et des avantages avec son mandataire spécial.
2. **Consentement** : Lors de sa première admission à l'hôpital, un consentement partiel a été obtenu (par téléphone) le jour *après* l'intégration des moyens de contention. Lors de la deuxième admission, toutefois, aucun consentement n'a été obtenu. On n'a trouvé aucune note concernant les détails de la discussion qui a eu lieu avec le mandataire spécial. On ignore si les risques importants liés à l'utilisation des moyens de contention ont été discutés avec le mandataire spécial.

Ce cas démontre qu'il existe toujours une incohérence quant à la mise en œuvre des politiques de contention minimale dans les établissements de l'Ontario. La loi (*Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*) vise à **éliminer ou à réduire** l'utilisation des moyens de contention plutôt que d'ajouter des démarches administratives aux pratiques existantes pour justifier leur utilisation, ce que certains professionnels de la santé semblent faire : ils suivent les étapes requises dans le but ultime d'appliquer des moyens de contention. Il faut changer les façons de penser et renforcer les pratiques relativement aux soins des personnes âgées agitées et confuses en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation de la contention.

Recommandations

Aux professionnels qui fournissent des soins de santé aux personnes âgées :

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que le délire aigu est une condition complexe qui nécessite un plan de gestion complet et interprofessionnel comprenant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. En particulier, l'évaluation et la prise en charge de l'agitation causée par le délire nécessitent une collaboration étroite

entre le médecin traitant, le personnel soignant et la famille ou le mandataire spécial. C'est la seule façon de réduire ou d'éliminer l'utilisation de la contention physique.

1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que les moyens de contention pour prévenir les blessures devraient être utilisés seulement après avoir tenté, sans succès, toutes les autres stratégies de prévention des blessures. La plupart du temps, les risques associés aux moyens de contention physique l'emportent sur les avantages. La contention devrait être utilisée uniquement dans des situations susceptibles de mettre la vie en danger et pendant de courtes périodes.
2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé qu'il est important de consigner les autres stratégies qui ont été utilisées avant de recourir aux moyens de contention.
3. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que les côtés de lit, surtout les demi-barrières, posent un risque important pour la sécurité des patients ou des résidents. Comme les risques associés aux côtés de lit l'emportent presque toujours sur les avantages, il faudrait toujours chercher (et consigner) d'autres solutions avant de les utiliser. L'utilisation des côtés de lit constitue un moyen de contention et, par conséquent, toutes les politiques habituelles relatives aux moyens de contention, y compris les directives du médecin, doivent être respectées.
4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que l'utilisation de la contention physique intensifie généralement l'agitation, ce qui augmente le risque de complications liées aux moyens de contention chez les patients. Les professionnels de la santé qui s'occupent de personnes présentant une faculté cognitive altérée (c.-à-d. délire aigu ou démence chronique) et souffrant d'agitation devraient chercher avec diligence la cause première de leur comportement. Souvent, des facteurs comme la faim, la douleur et la peur alimentent les problèmes de comportement, lesquels peuvent être atténués en traitant les causes sous-jacentes.

Cas : 2012-19

Numéro de dossier : 2012-1072 et 2011-3448

Défunte 1

Date du décès : 28 janvier 2012

Âge : 94 ans

Défunte 2

Date du décès : 3 mai 2011

Âge : 69 ans

Motif de l'examen

On a demandé au Comité d'examiner indépendamment les circonstances entourant le décès de deux personnes qui habitaient dans le même FSLD. Les familles des défunt(e)s ont soulevé de nombreuses préoccupations concernant des problèmes relatifs à un modèle de soins systémique perçu et du non-respect de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Documents examinés

Les documents suivants ont été examinés pour les deux défunt(e)s :

Rapports d'enquête du coroner; dossiers médicaux de l'hôpital; ordonnances du médecin; notes du médecin; rapports des consultations; rapports des diagnostics; dossiers d'administration de médicaments et du traitement; évaluations; plans de traitement, dont les routines de soins et les protocoles relatifs à la toilette; notes d'évolution; rapports d'inspection du MSSLD; correspondance entre le coroner régional principal et les familles; certificats de décès.

Défunte 1

Histoire

La défunte était une femme de 94 ans souffrant de démence avancée qui a été admise au FSLD le 8 janvier 2009. On ignore d'où arrivait la femme, mais il a été mentionné qu'elle était dans une maison de soins infirmiers en 2008.

Les antécédents médicaux de la femme comprenaient une infection par la bactérie *C. difficile* avec colite à *C. difficile* récurrente et possibles diverticulites, de la constipation, une pneumonie, de la dysphagie, du reflux gastro-œsophagien, de l'hypertension, de l'hypothyroïdie, une démence de type Alzheimer avec hallucinations visuelles, une surdité de transmission, une dépression, de l'anémie, de l'arthrose, de l'aphasie, une rétinite pigmentaire avec cécité au sens de la loi, une lésion du lobe frontal, des infections urinaires, des accidents ischémiques transitoires, une blépharite et une possible exposition à la tuberculose lorsqu'elle était enfant.

Médicaments

- 650 mg d'acétaminophène par voie orale ou rectale qid;
- 1 mg de Dilaudid par voie sous-cutanée à l'aide d'une aiguille à ailettes toutes les quatre heures;
- 0,5 mg de Dilaudid par voie sous-cutanée à l'aide d'une aiguille à ailettes (percées de douleurs) toutes les deux heures;
- 81 mg d'acide acétylsalicylique entérosoluble par voie orale par jour;
- 0,1 mg d'Eltroxin par voie orale par jour;
- une gélule de 300 mg d'Euro-Fer par voie orale par jour;
- 0,5 mg d'halopéridol toutes les 12 heures, au besoin;
- une gélule de 15 mg de lansoprazole par voie orale par jour;
- 16 mEq de Micro-K Extencaps^{MD} par voie orale par jour;

- 15 mg de mirtazapine par voie orale au coucher;
- une gélule de 500 mg d'Ultracran Maximum Strength tid;
- deux gouttes de Cerumol par oreille deux fois par semaine, au besoin;
- médicaments pour les soins intestinaux, au besoin (lavement fleet; suppositoire à la glycérine, lait de magnésie, Senokot^{MD}).

Allergies

Quinolones (*Remarque : a toléré la ciprofloxacine sans complication*), imidazoles, macrolides, kétolides, alphabloquants, sulfamides; bêtabloquants; lactulose; Elastoplast; sensibilité à l'administration de doses élevées d'acide acétylsalicylique.

(L'examen du dossier révèle que d'autres allergies potentielles ont été relevées par la famille, mais non vérifiées : Remeron, Tylenol^{MD}, suppléments de fer; tous les antibiotiques à large spectre, dont le Flagyl; laxatifs, lavements, savons et lotions contenant des sulfamides ou des fragrances.)

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Discussion

Pendant le dernier mois de vie de la défunte, elle était autonome pour la plupart de ses activités quotidiennes. Elle souffrait d'incontinence urinaire et fécale, elle pouvait porter son poids et nécessitait l'aide de deux personnes et une courroie pour effectuer ses transferts. Elle utilisait un fauteuil roulant inclinable lorsqu'elle était hors du lit, et deux côtés de lit demi-longueur pour l'aider à se replacer dans son lit. Elle avait la plupart de ses vraies dents et nécessitait un traitement au peroxyde d'hydrogène pour ses gencives inférieure et supérieure. Elle consommait des aliments à texture modifiée, dont des liquides épaissis avec du nectar (y compris du jus de canneberge) et de la viande hachée finement. Elle prenait des suppléments nutritifs en raison d'une perte de poids et d'un manque d'appétit. Elle refusait souvent de manger ou de boire, et il lui arrivait de cracher de la nourriture, des médicaments ou des liquides. Elle éprouvait des maux de dos en raison de son immobilité ainsi que des douleurs à l'épaule gauche à cause d'une fracture antérieure.

L'intégrité de la peau de la femme était à risque d'être compromise. Son lit était doté d'une surface spéciale, et avant son décès, il fallait replacer la femme toutes les deux heures. Elle avait parfois des hallucinations visuelles très précises; par exemple, elle voyait des personnes dans sa chambre et semblait interagir avec elles. Des membres du personnel ont affirmé que parfois, il fallait la mettre à l'écart du groupe, puisqu'elle devenait trop bruyante ou pénible pour les autres résidents lorsqu'elle se parlait toute seule. Elle avait tendance à manipuler ses vêtements, mais on pouvait facilement la distraire au moyen d'une couverture pour stimuler les sens ou d'un jouet en peluche. Elle utilisait fréquemment un lecteur MP3 avec de la musique lorsqu'elle ne participait pas à un programme. En 2009, elle a obtenu 0/30 au MMSE, note qui, malgré la cécité de la femme, avait diminué par rapport à la note de 8/25 obtenue en 2006.

La fille de la défunte apportait un important soutien à sa mère. Elle participait activement à ses soins. La femme bénéficiait également des services d'un soignant privé.

À diverses occasions, la fille de la résidente a exprimé des préoccupations au personnel et à la direction du FSLD. Les documents indiquent que plusieurs discussions ont eu lieu entre la direction et la fille au sujet de ses préoccupations, mais que cette dernière n'était pas satisfaite relativement à la résolution des problèmes et les a signalés au MSSLD avant le décès de sa mère.

La série d'événements importants ayant entraîné le décès de la femme a commencé le 12 janvier 2012, lorsque la fille a indiqué, entre autres, que sa mère avait un problème de santé grave, puisqu'elle n'avait pas mangé ni bu ce matin-là. Lorsque l'infirmière autorisée a examiné la résidente, celle-ci a indiqué qu'elle mangerait lorsqu'elle le voudrait et que même si elle était fatiguée, elle n'éprouvait pas de douleur. La résidente était afébrile. Sa fille a expliqué que le soir précédent, sa mère s'était plainte de « brûlement » et de « pierres ». À la demande de la fille, le médecin a été informé de la situation. Ce dernier a demandé à la fille si elle souhaitait que sa mère soit transférée à l'hôpital pour qu'on l'examine et la réhydrate, ce qu'elle a refusé. Il a alors demandé à l'infirmière autorisée de surveiller la résidente et de l'avertir si cette dernière présentait des signes ou des symptômes d'infection urinaire, auquel cas il lui prescrirait un antibiotique avec le Flagyl pour prévenir une réapparition de la bactérie *C. difficile*. La fille était d'accord avec le plan. L'infirmière autorisée a ensuite offert à la fille d'administrer un soluté intraveineux ou une hypodermoclyse à sa mère, ce qu'elle a également refusé. Cette dernière a exprimé plusieurs préoccupations au personnel infirmier, puis le 12 janvier 2012, l'infirmière autorisée a discuté de ces préoccupations et des interventions avec la fille et a noté que celle-ci était indécise et qu'elle a accepté qu'on administre du Tylenol^{MD} à sa mère. La résidente a continué de prendre suffisamment de nourriture et de liquides, et elle est demeurée afébrile jusqu'au 21 janvier 2012.

Un échantillon d'urine stérile a été recueilli le 16 janvier 2012 et a révélé une forte odeur, un pH normal (7), une leucocytémie de 2+ et des nitrites et des protéines de 2+. Le médecin a été averti et a commandé une culture d'urine et sensibilité, laquelle n'a révélé aucune prolifération.

Le 18 janvier 2012, l'infirmière auxiliaire autorisée a consulté le diététiste professionnel pour lui demander si un formulaire de risques [décharge] devait être signé par la fille, étant donné qu'elle insistait pour qu'on nourrisse sa mère avec de la nourriture [à texture] normale.

Le samedi matin 21 janvier 2012, la résidente avait une fièvre de 38,2 °C, frissonnait et était délirante et agitée, ce qui rendait difficile l'évaluation physique. On a informé sa fille de la situation, et après une longue discussion durant laquelle on a constaté qu'il y avait confusion parce que la fille ne savait pas que sa mère prenait du Tylenol^{MD}, la fille a accepté qu'on appelle le médecin de garde. La fille de la résidente a refusé la suggestion de l'infirmière autorisée de transférer sa mère à l'hôpital pour des examens. Toutefois, elle a accepté qu'on administre à sa mère un antibiotique et du Flagyl. Or, une fois que le médecin de garde a rédigé la prescription et qu'on a reçu le médicament de la pharmacie de l'urgence, la fille a indiqué qu'elle acceptait qu'on administre à sa mère l'antibiothérapie seulement si l'analyse d'urine confirmait que cette dernière avait une infection. Un appel au laboratoire a permis de confirmer que l'analyse d'urine

avait révélé l'absence d'infection et par conséquent, aucune autorisation n'a été obtenue pour administrer l'antibiotique.

Le dimanche 22 janvier 2012, un autre médecin de garde a été avisé de la situation et a commandé une radiographie pulmonaire, une formule sanguine immédiate et a demandé de surveiller, d'encourager l'absorption de liquides, d'administrer des suppléments de Tylenol^{MD} pour la fièvre et les malaises, de tenir la famille informée, de faire le suivi de la formule sanguine et de la radiographie pulmonaire, d'informer le médecin principal le lundi matin et de demander une visite.

Le lundi 23 janvier 2012, le diététiste professionnel a indiqué que la résidente consommait des aliments normaux, y compris des liquides, car la famille avait signé le formulaire de risques qui avait été exigé. La formule sanguine a révélé une leucocytémie élevée – à 26,2 –, alors que la radiographie pulmonaire et l'analyse d'urine précédente n'ont rien révélé d'anormal. Le médecin de la résidente a commandé du Cipro et du Flagyl en raison d'une possible diverticulite, ce que la fille de la résidente a accepté. Cependant, elle a ensuite refusé que le personnel infirmier administre des antibiotiques à sa mère. Le même soir, le médecin a rédigé une autre ordonnance de Haldol et de Dilaudid injectable « au besoin », ainsi qu'un supplément de Tylenol^{MD} à administrer de façon régulière. Il a noté que la résidente semblait bien aller, mais qu'elle n'était pas alerte et était incapable de prendre quoi que ce soit par voie orale.

On a commencé à administrer à la résidente des soins palliatifs. Le 24 janvier 2012, elle était paisible, mais incapable de se réveiller lorsqu'on l'appelait. Son pouls était rapide (100-110) et irrégulier, sa peau était pâle, chaude et sèche, et ses joues étaient rouges. Au petit matin, sa fille a indiqué qu'elle avait changé d'idée et a insisté pour qu'on administre à sa mère des antibiotiques oraux, affirmant qu'elle la réveillerait suffisamment pour qu'elle prenne ses médicaments. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels est intervenu et a discuté avec la fille de la résidente. Ils ont examiné le dossier de la patiente et résumé la séquence des événements, qui ne concordait pas avec les affirmations de la fille. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'infirmière auxiliaire autorisée ont offert leur soutien à la fille et à la résidente, mais la fille demeurait inconsolable et menaçait de transmettre ses préoccupations au MSSLD.

À 13 h, le beau-fils de la résidente a communiqué avec le médecin et a demandé que la femme soit transférée à l'hôpital et traitée à l'aide d'antibiotiques par voie intraveineuse, mais le médecin a exprimé son désaccord. Il est plutôt venu voir la résidente ce soir-là et a augmenté sa dose de Dilaudid et a rédigé une ordonnance en cas de percées de douleur, au besoin.

Le 25 janvier 2012, on a offert à la fille de la résidente une chambre pour la famille dans l'unité des soins palliatifs, ce qu'elle a refusé afin de rester au chevet de sa mère. Des changements apportés au personnel fournissant des soins à la résidente ont été apportés à la demande de sa fille les 26 et 28 janvier 2012.

La résidente est décédée le 28 janvier 2012. Le certificat de décès indiquait que la principale cause de décès était la sepsie, et que la démence, l'anémie et le retard staturo-pondéral constituaient des facteurs contributifs importants dans le décès.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Défunte 2

Histoire

La défunte était une femme de 69 ans atteinte de démence qui a été admise dans un FSLD le 19 décembre 2008 après avoir passé deux mois à l'hôpital. Avant son séjour à l'hôpital, elle vivait chez elle, mais elle faisait plusieurs chutes par semaine et n'était pas en mesure de se lever toute seule. De plus, elle était incontinente, non coopérative et incapable de gérer ses tâches ménagères et ses finances. En 2008, elle a obtenu un pointage de 19/30 au *Montreal cognitive assessment* (MoCA), et sa mémoire à court terme était faible, indiquant un possible trouble thymique organique lié à l'abus d'alcool. Elle était incapable de prendre des décisions seule et elle a été jugée inapte à prendre la décision concernant l'admission. Elle avait travaillé jusqu'à l'âge de 54 ans, puis avait pris sa retraite en raison d'une dépression.

Ses antécédents médicaux comprenaient : une cirrhose causée par l'alcoolisme, une ascite, des œdèmes bilatéraux aux jambes et aux chevilles et l'utilisation de bas de contention, une anémie chronique, des hémorragies gastro-intestinales, plusieurs transfusions, une splénomégalie, un trouble anxieux, une encéphalopathie hépatique, des astérisis bilatéraux, une faiblesse des membres, une arthrose grave, une arthroplastie totale du genou, une fracture à la cheville droite avec déformation, une névrodermite, une insuffisance cardiaque congestive, une coronaropathie avec une angine de poitrine, des BPCO, de l'hypothyroïdie, des infections urinaires fréquentes, une lithotritie du rein gauche, de l'hypertension, une dépression, de l'hyperlipidémie, une hernie abdominale, de l'hyperglycémie, une hernie hiatale et des reflux, de la difficulté à mâcher et à avaler, des hémorroïdes et une dégénérescence des articulations facettaires au bas du dos. Elle avait subi une rétinopexie de l'œil gauche au laser et une cholécystectomie, et elle s'était fait enlever six dents en 2010.

Médicaments

- 50 mg d'Allernix par voie orale bid; et 50 mg d'Allernix par voie orale qid, au besoin;
- quatre gélules de 500 mg d'amoxicilline une heure avant un rendez-vous chez le dentiste, au besoin;
- de l'onguent Anusol bid;
- un ou deux suppositoires de 10 mg d'Anuzinc par voie rectale, au besoin;
- 500 mg de Cipro par voie orale bid pendant 10 jours;
- une gélule de 4 mg de Detrol LA (toltérodine à libération prolongée) par voie orale une fois par jour;
- 2 mg de Dilaudid par voie sous-cutanée à l'aide d'une aiguille à ailettes toutes les heures;
- 50 mg de dimenhydrinate par voie orale ou intramusculaire toutes les six heures, au besoin;
- 300 mg de gluconate ferreux par voie orale tid;

- 20 mg de furosémide par voie orale une fois par jour, au besoin, si œdème aux jambes (administration quotidienne);
- 30 ml de lactulose par voie orale une fois par jour;
- une gélule de 30 mg de lansoprazole par voie orale bid;
- un ou deux comprimés de 0,5 mg de lorazépam (0,5 à 1 mg) par voie orale tid, au besoin;
- 1 mg de midazolam par voie sous-cutanée toutes les heures, au besoin (24 avril 2011 en soins palliatifs);
- nitroglycérine en vaporisateur par voie sublinguale, au besoin, pour les douleurs thoraciques, trois fois maximum (si plus de trois fois, transférer à l'hôpital);
- deux gélules de 8 mEq de chlorure de potassium par voie orale une fois par jour, avec le repas;
- 0,8 mg de scopolamine par voie sous-cutanée à l'aide d'une aiguille à ailettes toutes les heures (3 mai 2011);
- (30 avril 2011 : 0,4 mg de scopolamine à l'aide d'une aiguille à ailettes toutes les heures ou deux, au besoin)
- (24 avril 2011 : 0,4 mg de scopolamine par voie sous-cutanée toutes les deux heures, au besoin)
- 10 mg de Stemetil par voie orale ou intramusculaire tid, au besoin (23 avril 2011); pas transcrit dans le dossier d'administration des médicaments de mai, mais jamais administré;
- un ou deux comprimés de 8 mg de Senokot par voie orale au coucher, au besoin;
- trois gélules de 50 mg de sertraline (150 mg) par voie orale une fois par jour;
- 100 mg de spironolactone par voie orale une fois par jour;
- 0,025 mg de Synthroid par voie orale une fois par jour;
- 100 mg de thiamine par voie orale une fois par jour;
- 25 mg de trazodone par voie orale toutes les heures;
- deux comprimés de 500 mg de Tylenol^{MD} par voie orale qid, au besoin;
- un suppositoire de 650 mg de Tylenol^{MD} par voie rectale toutes les quatre heures, au besoin;
- 1 000 UI de vitamine D par voie orale une fois par jour.

Traitements

- Genou droit : nettoyer avec un soluté physiologique, appliquer un pansement non adhérent, mettre un bandage Kling autour pour le maintenir en place, changer le pansement tous les deux jours.
- Crème Westcort 0,2 % sur les zones touchées bid.
- Pansement PP Bactigras (10 cm x 10 cm) 0,5 %, appliquer sur les lésions cutanées du bras gauche une fois par jour, au besoin, couvrir à l'aide d'un pansement non adhérent et mettre un bandage Kling autour.
- Sondage intermittent, au besoin, ou sonde à demeure, au besoin.

Allergies

Acide acétylsalicylique, héparine.

Discussion

En août 2009 (neuf mois après l'admission au FSLD), la sœur de la résidente (titulaire de la procuration) a indiqué que malgré la détérioration graduelle de la dextérité manuelle, de l'état de la peau, de l'équilibre et du langage de la résidente, celle-ci était continente la plupart du temps, était plus sociable, avait amélioré sa mobilité grâce à la physiothérapie et nécessitait moins de transfusions sanguines.

La sœur de la résidente était infirmière et participait activement aux soins de cette dernière. Elle l'amenait à ses rendez-vous et à ses activités et, au cours des derniers mois, elle l'aidait à manger tous les jours.

Durant la dernière année de vie (2010-2011) de la résidente, ses capacités physiques et cognitives se sont détériorées, en particulier au cours des dernières semaines, lors desquelles elle avait besoin d'une aide importante, voire complète pour la plupart de ses activités quotidiennes. Son degré de continence est passé de l'incontinence urinaire et fécale occasionnelle à une incontinence complète. Au début, ses transferts étaient effectués par deux personnes (levier de transfert en station debout), et on pouvait installer la résidente dans son fauteuil roulant lorsqu'elle était réveillée, mais vers la fin, il fallait utiliser un élévateur *hoyer*, et la résidente était alitée en permanence. Sa mobilité au lit s'est également détériorée : les côtés de lit demi-longueur n'étaient plus suffisants pour qu'elle puisse se replacer, et il lui fallait une aide complète pour son positionnement. En physiothérapie, au lieu de l'aider à marcher, on avait réduit les exercices à une gamme de mouvements. L'intégrité de sa peau aux extrémités était compromise en raison de démangeaisons, de grattage et de curetage.

La résidente était désorientée quant aux personnes, à l'heure et à l'endroit; elle ne comprenait pas tout, et son élocution était faible et désorganisée. En mars 2011, elle avait obtenu 21/30 au MMSE, alors qu'en mars 2010, elle avait eu 26/30 et en janvier 2009, 27/30. Elle mangeait de la nourriture ordinaire, à texture normale, et elle buvait des liquides ordinaires. En février 2011, l'orthophoniste avait suggéré à la résidente de boire des liquides épaissis avec du nectar en raison de sa difficulté à mâcher et à avaler, mais elle avait refusé, consciente des risques associés à son alimentation normale. Au début, elle était capable de manger seule et nécessitait peu d'aide, mais elle a ensuite commencé à avoir besoin d'une aide complète pour se nourrir; c'est sa sœur qui s'est alors occupée de ses dîners et de ses soupers. Elle était d'humeur dépressive et coléreuse, et elle se plaignait à répétition de choses non liées à la santé. Il lui arrivait également de manifester de la violence verbale. Elle se plaignait de douleurs de façon verbale et non verbale.

Le 14 février 2011, la sœur de la résidente a décidé de changer le médecin traitant de cette dernière. En février 2011, le personnel infirmier a remis en question la capacité de la sœur à s'adapter à l'état de santé de la résidente, qui se détériorait. Le 16 février 2011, dans une lettre à l'intention du nouveau médecin, la sœur de la résidente a mentionné son besoin d'être rassurée, a

expliqué qu'elle comprenait que son comportement était frustrant pour le personnel et a affirmé que le FSLD fournissait les meilleurs soins possible.

Le 8 mars 2011, la sœur de la résidente est devenue frustrée parce que rien n'avait été fait, et ce, malgré le fait que le nouveau médecin avait commandé des examens supplémentaires et demandé un aiguillage en gastroentérologie. L'échographie abdominale réalisée le 18 février 2011 a confirmé la présence d'une ascite modérée, et le 29 mars 2011, la résidente a reçu trois unités d'albumine et subi une paracentèse, durant laquelle un total de 8 litres de liquide ont été enlevés. Comme son hémoglobine était de 79, on lui a fait une transfusion sanguine le 30 mars 2011. D'autres analyses sanguines ont révélé que sa créatinine était de 106, que son albumine était de 22 et que sa bilirubine était légèrement élevée, à 26. On jugeait que l'état de santé la patiente était assez mauvais dans l'ensemble et on lui donnait moins de trois mois à vivre.

Le 31 mars 2011, la sœur de la résidente aurait montré des signes d'épuisement, et des membres du personnel ont relevé des lacunes dans les soins qu'elle prodiguait à la résidente par rapport à son plan de traitement. Toutefois, elle souhaitait conserver le contrôle des décisions touchant les soins de la résidente.

Un plan de traitement complet et une vérification pharmacologique ont été réalisés au début d'avril 2011, mais n'ont donné lieu à aucune recommandation.

Le 19 avril 2011, la résidente a commencé à devenir moins réactive, et une analyse sanguine a révélé des résultats anormaux, dont une hémoglobine de 74.

Le 24 avril 2011, les directives préalables indiquaient que toutes les manœuvres pour maintenir la vie devaient être pratiquées, mais après une discussion avec le médecin, on les a remplacées par les soins de niveau 2 (c.-à-d., rester à la résidence avec des soins de confort supplémentaires, comme des transfusions ou une paracentèse). Le médecin a proposé d'administrer à la patiente un soluté intraveineux ou de pratiquer une paracentèse plus tard au cours de la semaine, mais il a remis en question l'utilité de cette intervention, et la sœur de la résidente a accepté que cette dernière reste dans la résidence et qu'on lui administre des soins de confort. La sœur a informé le personnel infirmier qu'elle resterait à la résidence à partir de ce moment et qu'elle dirait au personnel quels médicaments utiliser. Le personnel a cependant indiqué que la sœur était indécise et incertaine à propos des décisions de fin de vie. Or, elle voulait conserver le contrôle de ces décisions, qui comprenaient les médicaments et les traitements, surtout pendant les derniers jours de la résidente, refusant parfois des médicaments, des changements de pansement et demandant au médecin de changer les médicaments.

Les documents concernant les dernières semaines de vie de la résidente confirment qu'on a effectué beaucoup d'évaluations, d'interventions et de surveillance, dont des aiguillages lorsque nécessaire (p. ex., diététiste et gastroentérologue). On a offert ou fourni à la résidente les mesures de confort en fin de vie, dont un traitement de la douleur, de la nourriture et des liquides selon sa tolérance, des soins de la peau, des soins bucco-dentaires, un repositionnement et une aspiration sur demande et au besoin. La sœur de la résidente était triste en raison de la détérioration de l'état de cette dernière et à un certain moment, a éprouvé de la difficulté à prendre les décisions

qui lui étaient demandées. La sœur a bénéficié de beaucoup de soutien émotionnel, de réconfort et d'explications du personnel pendant cette période difficile. Sa participation a été remarquable, car elle continuait de fournir les soins nécessaires et du réconfort émotionnel à la résidente.

Pendant les dernières heures de la vie de la résidente, il a été noté qu'elle était la plupart du temps à l'aise et que lorsqu'elle exprimait de la douleur de façon non verbale, on effectuait une intervention pharmacologique. La femme est décédée avant minuit le 3 mai 2011. La cause directe du décès est la cirrhose attribuable à l'abus d'alcool et d'autres conditions significatives, telles que la coronaropathie, l'insuffisance cardiaque congestive, les BPCO, l'anémie et l'hémorragie gastro-intestinale.

Autopsie

Aucune autopsie n'a été effectuée.

Résumé des conclusions

Le Comité n'a trouvé aucune preuve de problèmes systémiques liés aux soins lors de l'examen de ces deux décès.

Recommandations

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

1. Le MSSLD devrait veiller à ce que les résidents et les familles connaissent la Ligne ACTION des Soins de longue durée.

Cas : 2012-20

Numéro de dossier : 2011-16002

Date du décès : 30 décembre 2011

Âge : 60 ans

Documents à examiner

- Lettre du coroner régional principal;
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapport d'autopsie;
- Rapports du ministère des Services sociaux et communautaires;
- Rapport de neurologie de l'hôpital de soins actifs;
- Consultation de l'urgence de l'hôpital de soins actifs;
- Lettre du directeur général du foyer de groupe;

- Notes du foyer de groupe;
- Notes de l'hôpital de soins actifs.

Histoire

Le défunt était un homme de 60 ans atteint d'une déficience grave causée par une infirmité motrice cérébrale et une lésion cérébrale anoxique. Il était capable de reconnaître ses amis et sa famille et d'interagir avec eux. L'homme avait habité avec ses parents âgés qui s'occupaient de lui à la maison jusqu'à il y a six ans, au moment où sa mère a été admise dans un FSLD en raison d'une démence de type Alzheimer. À ce moment, son père ne pouvait plus s'occuper de lui. L'homme a déménagé dans un foyer de groupe qui offrait des services et accueillait six personnes.

Aux dires de tous, l'homme était heureux, et on s'occupait bien de lui au foyer de groupe où il vivait. Les notes des employés du foyer durant les deux dernières années de vie du résident démontrent qu'ils avaient une excellente connaissance de ses limites et de ses préférences.

Les antécédents médicaux du résident comprenaient les crises d'épilepsie et l'hypothyroïdie, pour laquelle on lui prescrivait du phénobarbital et de la thyroxine. Il souffrait d'une déficience visuelle en raison de cataractes, mais la chirurgie semblait trop risquée, puisqu'il se frottait toujours les yeux.

L'homme ne parlait pas et passait la majeure partie de la journée dans son fauteuil roulant, qui était muni d'une ceinture sous-abdominale. Le fauteuil était légèrement incliné vers l'arrière afin d'éviter que l'homme glisse vers l'avant. Il avait le plein usage de ses mains et la capacité physique de se détacher, mais il n'avait pas les capacités cognitives pour le faire.

En novembre 2010, l'homme a glissé de son fauteuil roulant. Le personnel du foyer de groupe s'est demandé si la courroie du lève-personne de l'homme (qui était toujours laissée sur le fauteuil) aurait pu contribuer à l'incident. Une évaluation officielle du lève-personne a été réalisée par une personne responsable de la santé et sécurité et de l'ergonomie, qui a recommandé de laisser la courroie dans le fauteuil. Le fauteuil roulant provenait d'un fournisseur agréé du *Programme d'appareils et accessoires fonctionnels* et était adapté aux besoins de l'homme.

Le 27 décembre 2011 vers 19 h 15, un membre du personnel qui aidait un autre résident dans une chambre voisine a entendu ce qui lui a semblé être des « sons joyeux » provenant de la chambre de l'homme. L'employé est allé vérifier si l'homme allait bien et l'a trouvé de bonne humeur, en train de regarder la télévision.

Vers 19 h 45, soit 30 minutes plus tard, l'employé est passé devant la chambre de l'homme, et a remarqué qu'il n'était plus dans son fauteuil roulant. En entrant dans la chambre, il a constaté que l'homme avait glissé de son fauteuil et que la sangle abdominale était autour de son cou. Il commençait à avoir le teint cyanosé.

L'employé a détaché la ceinture, a composé le 9-1-1 et a entrepris des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Les services médicaux d'urgence sont arrivés vers 20 h 05 et ont trouvé l'homme en asystole. On lui a administré de l'adrénaline et on l'a intubé, puis on a rétabli son pouls à 20 h 40. On l'a ensuite transporté à l'hôpital de soins actifs.

Malgré tous les efforts du personnel de l'hôpital de soins actifs, il était évident que le pronostic était très sombre, même si le diagnostic de mort cérébrale ne pouvait être posé (d'après le neurologue consulté). L'équipe du service de soins intensifs a maintenu une communication étroite avec la famille. On a décidé d'administrer à l'homme des soins palliatifs, puis il est décédé le 30 décembre 2011.

Autopsie

L'autopsie a révélé que la cause du décès était l'étranglement et a montré l'absence d'autres lésions traumatiques apparentes. Comme des signes d'une importante pathologie cardiaque sous-jacente ont été observés, on ne peut écarter l'hypothèse d'une arythmie entraînant une perte de conscience et de la maîtrise du corps.

En outre, on ne peut exclure la possibilité que les crises d'épilepsie aient constitué un facteur prédisposant, même si le défunt n'avait pas fait de crise depuis des années.

L'analyse toxicologique indique que la dose de phénobarbital était sous-thérapeutique.

Discussion

Aucune préoccupation n'a été soulevée quant aux soins reçus par le résident au foyer de groupe pendant les six années précédant le décès.

On ignore si les événements terminaux auraient pu être évités.

Le fait d'assurer une position assise appropriée et sécuritaire dans un fauteuil roulant nécessite une évaluation complexe et spécialisée¹. Comme il fallait un lève-personne pour effectuer le transfert du résident, une évaluation officielle du dispositif a été réalisée afin d'orienter le personnel. Le fauteuil du résident avait été adapté à ses besoins par un fournisseur agréé, et il ne fait nul doute que la ceinture sous-abdominale a contribué à améliorer la qualité de vie du résident, même si elle servait de dispositif de contention. Toutefois, les notes examinées ne permettent pas d'établir si la ceinture était ajustée de façon optimale². Les recommandations sur la façon d'utiliser une ceinture sous-abdominale dans ces circonstances sont étayées par de faibles niveaux de preuve (majoritairement des avis de spécialistes).

Le Comité reconnaît que l'utilisation du dispositif de contention dans ce cas-ci a permis d'offrir au résident une qualité de vie qu'il n'aurait pas eue autrement.

Recommandations

Aux fournisseurs de soins de santé, à l'Ontario Long Term Care Physicians, à l'Ontario Long Term Care Association et au ministère des Services sociaux et communautaires :

1. Ce cas devrait servir à sensibiliser les fournisseurs de soins de santé sur les dangers possibles des ceintures sous-abdominales des fauteuils roulants. Tous les dispositifs de contention, même lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée, comme dans ce cas-ci, comportent un risque, et une politique de contention minimale devrait toujours être appliquée.

Références

1. ISAACSON, MARY, EdDOTR/LATP. « Best Practices by Occupational and Physical Therapists Performing Seating and Mobility Evaluations », *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*, vol. 23, n° 1, 2011, p. 13-21.
1. CHAVES, E., et collab. « Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users », *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*, vol. 19, 2007, p. 94-107.

Chapitre cinq

Leçons à tirer des examens du Comité

Un thème fondamental et récurrent qui ressort des rapports du Comité est le fait que les personnes âgées constituent une population particulière dans le domaine des soins médicaux. L'interaction des nombreuses questions médicales et sociales exige que les équipes de professionnels réunissent leurs efforts en vue d'assurer la prestation compétente de soins en faisant preuve de compassion. Compte tenu du vieillissement de la population de l'Ontario, il est primordial et urgent que les responsables des politiques reconnaissent les besoins spéciaux des personnes âgées.

Rien ne peut mieux illustrer la complexité des soins gériatriques que la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), lesquels influencent grandement la sécurité des personnes âgées, par exemple en ce qui a trait aux chutes, à l'usage de moyens de contention et aux agressions. Plus de la moitié des résidents de FSLD en Ontario ont reçu un diagnostic de démence, et près de la moitié de ceux-ci manifestent des comportements agressifs. Par ailleurs, la formation des fournisseurs de soins de santé sur la prise en charge des SCPD et l'affectation appropriée des ressources sont des éléments que le Comité estime prioritaires.

Le Comité reconnaît que la complexité et l'acuité de l'état des résidents d'établissements de soins de longue durée se sont accrues au fil du temps. Les personnes âgées nécessitant des soins qui auraient normalement été traitées à l'hôpital sont désormais envoyées dans des FSLD et des maisons de retraite. Ces établissements doivent maintenant accueillir des adultes de tous âges présentant diverses maladies chroniques et des personnes souffrant de maladies mentales dont les

options de résidence sont limitées. Les établissements de soins de longue durée doivent offrir un milieu de vie qui répond aux besoins d'une grande diversité de personnes.

Enfin, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée salue l'engagement des Ontariennes et Ontariens qui participent à la prestation de soins aux personnes âgées et tient à souligner qu'ils ont pris sous leur aile cette population précieuse et parfois vulnérable avec un savoir-faire et un dévouement exceptionnels. Nous espérons que le travail du Comité sera utile à ces intervenants ainsi qu'aux familles des défunts dont le décès a été examiné.

Les questions et les commentaires peuvent être adressés à :

Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée
Bureau du coroner en chef
25, avenue Morton Shulman
Toronto (Ontario) M3M 1J8

[Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée](#)

- [Rapport annuel 2012](#)
- [Rapport annuel 2011](#)
- [Rapport annuel 2010](#)
- [Rapport annuel 2009](#)
- [Rapport annuel 2008](#)

[Pour nous joindre](#)

- [Répertoire téléphonique](#)
- [ServiceOntario](#)
- [Députés](#)
- [Questions?](#)

[Ressources supplémentaires](#)

- [Commission d'arbitrage de la police de l'Ontario](#)

- [Commission civile de l'Ontario sur la police](#)
- [Commission ontarienne des libérations conditionnelles](#)
- [Programme national des services aux victims](#)

Site Help

- [Contact](#)
- [Accessibilité](#)
- [CONFIDENTIALITÉ](#)
- [PLAN DU SITE](#)

Notices

- [© IMPRIMEUR DE LA REINE POUR L'ONTARIO,](#)
- [Conditions d'utilisation](#)

- Dernière mise à jour : 9 décembre 2013