

**Comité d'examen des décès en
matière de soins gériatriques et de
longue durée
Rapport annuel 2020**

Table des matières

Message du président	i
Composition du Comité	ii
Résumé	iii
Chapitre un : Introduction	1
Chapitre deux : Aperçu statistique (de 2004 à 2020)	5
Chapitre trois : Cas examinés en 2020	8
Chapitre quatre : Leçons à tirer des examens du Comité	12
Annexe A : Résumé des cas examinés et recommandations de 2020	13

Message du président

C'est avec un certain retard dû à la pandémie de COVID-19 que je vous présente le rapport annuel 2020 du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée.

Mis sur pied en 1989, ce comité se compose d'éminentes et 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 aînés.

Le Bureau du coroner en chef (BCC) a adopté une politique qui prévoit l'examen de tous les homicides de résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD) ou de maisons de retraite par le Comité. Ce dernier examine aussi les cas qui pourraient découler de problèmes systémiques ou pour lesquels la famille, la coroner investigatrice ou le coroner investigateur ou la ou le coroner régional principal ont soulevé d'importantes interrogations.

Le Comité effectue des examens complets et approfondis des circonstances entourant les décès et, au besoin, formule des recommandations pour prévenir d'autres décès. En 2020, il a examiné 19 cas portant sur 19 décès et formulé 46 recommandations.

Les résultats des examens et les recommandations du Comité sont largement diffusés auprès des fournisseurs de services et de soins de longue durée, ainsi qu'auprès des autres agences et organismes concernés de la province. Cette information doit leur permettre d'améliorer leurs processus, politiques et initiatives pour éviter d'autres décès dans des circonstances similaires.

La pandémie de COVID-19, qui a frappé l'Ontario en 2020, a eu des conséquences catastrophiques pour les aînés, en particulier celles et ceux séjournant dans des foyers de soins de longue durée (FSLD). Les familles sont restées sans possibilité de se réunir, parfois au cours des derniers jours de vie de l'être aimé. Le personnel a également été touché par la maladie et par la perte de résidentes et résidents auxquels il portait une affection particulière. Face aux faiblesses du secteur des soins de longue durée mises au jour par cette pandémie, plusieurs engagements ont été pris pour apporter des améliorations.

Le BCC a eu le privilège d'accompagner les FSLD et les hôpitaux à travers la mise en œuvre du processus de gestion de la réponse aux décès de résidents. Même si ces décès ne relevaient généralement pas du mandat d'investigation du BCC, et n'ont donc pas été soumis au Comité, les membres de ce dernier n'en étaient pas moins au fait des répercussions de la pandémie sur leurs patientes et patients et sur leurs collègues.

J'aimerais remercier Kathy Kerr, directrice générale, pour son aide en matière d'administration et de gestion continues des activités et des données du Comité.

C'est un honneur de contribuer au travail du Comité, et je tiens à remercier les membres de leur dévouement envers la population ontarienne. Les personnes qui désirent obtenir les rapports détaillés caviardés peuvent écrire au BCC, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Dr Roger Skinner

Coroner régional principal responsable de la modernisation

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

Composition du Comité (2020)

Dr Roger Skinner

Coroner régional principal et président du Comité

Kathy Kerr

Directrice générale

Elaine Akers

Pharmacienne

Julie Cavaliere

Diététiste professionnelle

Dre Barbara Clive

Géiatre

Dre Margaret Found

Médecin de famille et coroner

Dr Sid Feldman

Médecin de famille

Dr Dov Gandell

Géiatre

Dr Barry Goldlist

Géiatre

Dr Mark Lachmann

Psychogéiatre et coroner

Dre Andrea Moser

Médecin hygiéniste en chef

Dr Joel Ross

Médecin de famille et coroner

Anne Stephens

Infirmière clinicienne spécialisée

Résumé

- Mis sur pied en 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée se compose d'éminentes et 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 aînés.
- En 2020, il a examiné 19 cas portant sur 19 décès et formulé 46 recommandations pour prévenir d'autres décès. Sur ces 19 cas, trois n'ont donné lieu à aucune recommandation.
- L'un des cas portait sur le décès d'un homme de 31 ans ayant un sévère retard de développement caractérisé par des troubles du spectre autistique, des troubles épileptiques et un trouble bipolaire, qui séjournait dans un foyer de groupe.
- La nature des 19 décès examinés en 2020 se ventile comme suit :
 - cinq décès naturels (trois hommes et deux femmes)
 - sept décès accidentels (quatre hommes et trois femmes)
 - trois homicides* (trois hommes)
 - quatre décès de mode indéterminé (un homme et trois femmes)
- Sur les 19 personnes décédées, il y avait 11 hommes et 8 femmes.
- L'âge moyen des hommes était de 77 ans (si l'on exclut la personne décédée à l'âge de 31 ans, l'âge moyen était de 82 ans).
- Celui des femmes était de 82 ans.
- En 2020, l'âge moyen de l'ensemble des défunts était de 79 ans (si l'on exclut la personne décédée à l'âge de 31 ans, l'âge moyen était de 82 ans).
- Voici les points à améliorer les plus souvent cités par le Comité dans les cas examinés en 2020 et les recommandations connexes :
 - gestion des soins médicaux et infirmiers
 - secteur des soins actifs et de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)
 - communication et documentation
 - usage des médicaments chez les aînés
 - usage de moyens de contention
 - autres (par exemple, examens de la qualité et aiguillage vers d'autres organisations)

***Remarque :** Aux fins d'une investigation de la ou du coroner, la conclusion qu'un décès est un « homicide » ne constitue pas le prononcé d'un verdict de culpabilité ou de responsabilité.

Chapitre un : Introduction

Le rapport annuel du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée vise à alimenter la réflexion et la discussion sur les décès liés à ces deux types de soins qui surviennent en Ontario. Il contient des statistiques sur les cas examinés et présente les recommandations formulées à la suite des examens.

Objectifs

Voici les objectifs du Comité :

1. Épauler les coroners de la province dans leurs investigations sur les décès de personnes ayant reçu des soins gériatriques et des services dans un foyer de soins de longue durée (FSLD).
2. Procéder à un examen spécialisé des circonstances dans lesquelles les soins gériatriques et de longue durée ont été fournis aux personnes avant leur décès.
3. Produire un rapport annuel pouvant être consulté par les médecins, le personnel infirmier, les fournisseurs de soins de santé, les organismes de services sociaux et d'autres parties intéressées pour prévenir d'autres décès.
4. Examiner les cas pour déterminer s'ils peuvent être attribuables à des problèmes systémiques, des tendances, des facteurs de risque ou d'autres problèmes ou lacunes, et formuler des recommandations pour prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.
5. Mener et promouvoir des recherches dont les résultats et la compréhension globale peuvent donner lieu à des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Remarque : Ces objectifs et les activités du Comité sont assujettis aux limites imposées par la *Loi sur les coroners* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario.

Le Bureau du coroner en chef (BCC) a adopté une politique voulant que toutes les investigations des coroners sur des homicides survenus dans des FSLD ou des maisons de retraite de la province soient soumises au Comité aux fins d'un examen exhaustif. D'autres cas de décès parmi les aînés (qu'ils soient ou non survenus dans des FSLD ou des maisons de retraite) peuvent aussi lui être soumis s'ils sont attribuables à des problèmes ou questions d'ordre systémique.

Structure et taille

Le Comité compte d'éminentes et 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 aînés. Sa composition est équilibrée de façon à être représentative des régions de la province et des divers types d'établissements fournissant des soins gériatriques et de longue durée.

La présidence est assurée par une ou un coroner régional principal ou coroner en chef adjoint. Le Comité bénéficie de l'appui de la directrice de la gestion des comités du BCC.

Au besoin, d'autres personnes ayant une expertise particulière peuvent être invitées à ses réunions (par exemple, des coroners investigateurs, des coroners régionaux principaux, des agentes et agents de police ou des spécialistes d'autres disciplines liées au cas examiné).

La composition du Comité est revue régulièrement par le président, et par la ou le coroner en chef sur demande.

Méthodologie

Les cas sont soumis au Comité par les coroners régionaux principaux lorsqu'une expertise particulière ou des connaissances spécialisées sont nécessaires pour approfondir l'investigation ou lorsque la famille, la coroner investigatrice ou le coroner investigateur, la ou le coroner régional principal ou d'autres parties concernées soulèvent d'importants problèmes ou d'importantes interrogations. Tous les homicides qui surviennent dans un FSLD doivent faire l'objet d'un examen du Comité.

L'information fournie par la ou le coroner régional principal est examinée par au moins un membre du Comité, qui présente ensuite le cas aux autres membres. Au terme des discussions, le Comité produit un rapport qui résume les événements et présente ses conclusions et recommandations pour prévenir d'autres décès. Le président envoie le rapport à la ou au coroner régional principal qui a soumis le cas. Cette dernière ou ce dernier peut, au besoin, approfondir l'investigation.

Si un membre du Comité est en situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel, l'examen du cas peut se faire en son absence ou par un membre remplaçant.

Si un cas exige une expertise touchant une autre discipline, une ou un spécialiste externe peut être invité à examiner le dossier, à participer à la réunion et aux discussions, et à formuler 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 se limite aux données dont dispose le Comité; des efforts sont faits pour obtenir toute l'information disponible et nécessaire à l'investigation. Le Comité n'a pas pour mandat de rouvrir d'anciennes investigations (par exemple, une procédure criminelle).

Les renseignements recueillis et examinés par le Comité ainsi que son rapport final ne servent qu'aux fins de l'investigation de la ou du coroner, conformément au paragraphe 15 (4) de la *Loi sur les coroners*, et sont assujettis aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels de cette loi et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Par conséquent, les rapports individuels, de même que les comptes rendus des réunions d'examen et tout autre document ou rapport produit par le Comité, sont confidentiels et ne seront pas rendus publics. Il est possible d'obtenir les versions caviardées des rapports en écrivant à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité énonçant ces intérêts et limites.

Les membres du Comité ne se prononcent pas publiquement sur les cas examinés. Il leur est surtout interdit de témoigner à titre d'experte ou d'expert dans un procès civil portant sur un cas examiné par le Comité. Ils ne peuvent pas non plus discuter des cas cliniques pour lesquels ils ont (ou pourraient avoir) un conflit d'intérêts personnel ou professionnel, qu'il soit réel ou perçu, ni rédiger de rapports sur ces cas.

Il est reconnu que le Comité n'examine que les décès qui répondent aux critères de renvoi obligatoire (homicides dans les FSLD ou les maisons de retraite) ou de renvoi discrétionnaire (cas possiblement liés à des problèmes ou questions d'ordre systémique). Le renvoi discrétionnaire peut reposer sur des interrogations ou des problèmes soulevés par la coroner investigatrice ou le coroner investigateur, la ou le coroner régional principal ou la famille.

Les statistiques compilées à partir des examens du Comité, particulièrement celles afférentes aux thèmes et aux tendances, peuvent, vu leur nature, être subjectives en raison des critères de sélection des cas présentés au Comité. On reconnaît aussi un certain degré de subjectivité à l'attribution des thèmes pendant l'analyse.

Recommandations

L'un des principaux objectifs du Comité consiste à formuler des recommandations pour prévenir d'autres décès. Le président transmet ensuite ces recommandations aux agences et organismes concernés.

On demande aux agences et organismes de faire connaître à la directrice de la gestion des comités du BCC l'état de mise en œuvre des recommandations qui leur sont adressées dans les six mois suivant leur réception. À l'instar des recommandations formulées à la suite d'enquêtes de la ou du coroner, les

recommandations du Comité ne sont pas juridiquement contraignantes, donc les agences et organismes concernés ne sont pas légalement tenus de les appliquer ou d’y répondre.

Les recommandations formulées à la suite des examens effectués par le Comité en 2020 sont présentées à l’annexe A.

Les réponses aux recommandations relèvent du domaine public et peuvent être obtenues en écrivant au BCC, à l’adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Chapitre deux : Aperçu statistique (de 2004 à 2020)

Entre 2004 et 2020, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné 366 cas et formulé 833 recommandations visant à prévenir d'autres décès. En moyenne, le Comité a examiné 21,5 cas et formulé 49 recommandations par an.

La subjectivité du choix des cas à examiner est reconnue (la plupart des cas sont des renvois discrétionnaires parce qu'ils comportent des problèmes ou suscitent des interrogations). Par ailleurs, les recherchistes peuvent exercer une forme d'influence lorsqu'elles ou ils attribuent certains thèmes aux cas et aux recommandations. Malgré ce possible manque d'objectivité, certains thèmes sont récurrents au fil des ans. Ils peuvent s'appliquer de façon générale à différents cas et de façon plus précise à certaines recommandations.

Voici quelques-uns des thèmes relevés :

- gestion des soins médicaux et infirmiers
- communication et documentation
- usage des médicaments chez les aînés
- usage de moyens de contention
- détermination de la capacité et consentement au traitement ou ordre de ne pas réanimer
- secteur des soins actifs et de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)
- autres, y compris d'autres ministères et systèmes juridiques et judiciaires de l'Ontario

L'analyse statistique des thèmes qui suit a été divisée en deux parties distinctes :

- analyse fondée sur les cas individuels examinés
- analyse fondée sur les recommandations individuelles formulées

Les analyses par cas et par recommandation ont permis d'observer des tendances générales dans les thèmes attribués aux cas soumis au Comité comparativement à ceux qui se dégagent des recommandations.

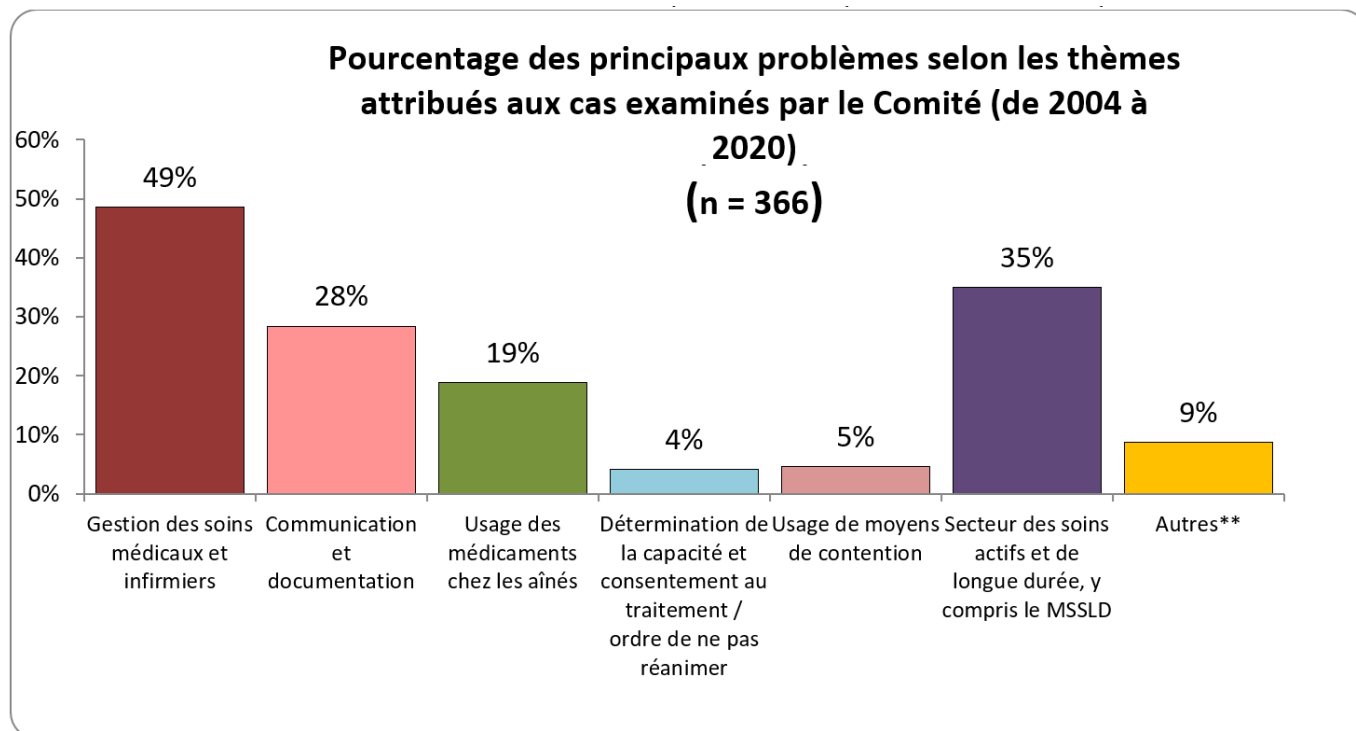
Les tendances constatées dans les thèmes attribués aux **cas** permettent de déterminer les problèmes ou thèmes qui ressortent des cas présentés au Comité. Ainsi, il est possible d'établir si une tendance se dessine dans les types de cas présentés au Comité pour examen.

Les tendances observées dans les thèmes attribués aux **recommandations** permettent de définir les problèmes ou thèmes couverts et traités dans les recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Ces tendances permettent de cerner les domaines auxquels il faudrait accorder une attention particulière et dans lesquels il faudrait apporter des changements ou prendre des mesures.

Figure 1 : Pourcentage des principaux problèmes selon les thèmes attribués aux cas examinés par le Comité (de 2004 à 2020)

De 2004 à 2020, le Comité a examiné 366 cas.

Dans bon nombre de ces cas, les recommandations portaient sur plus d'un thème ou problème.

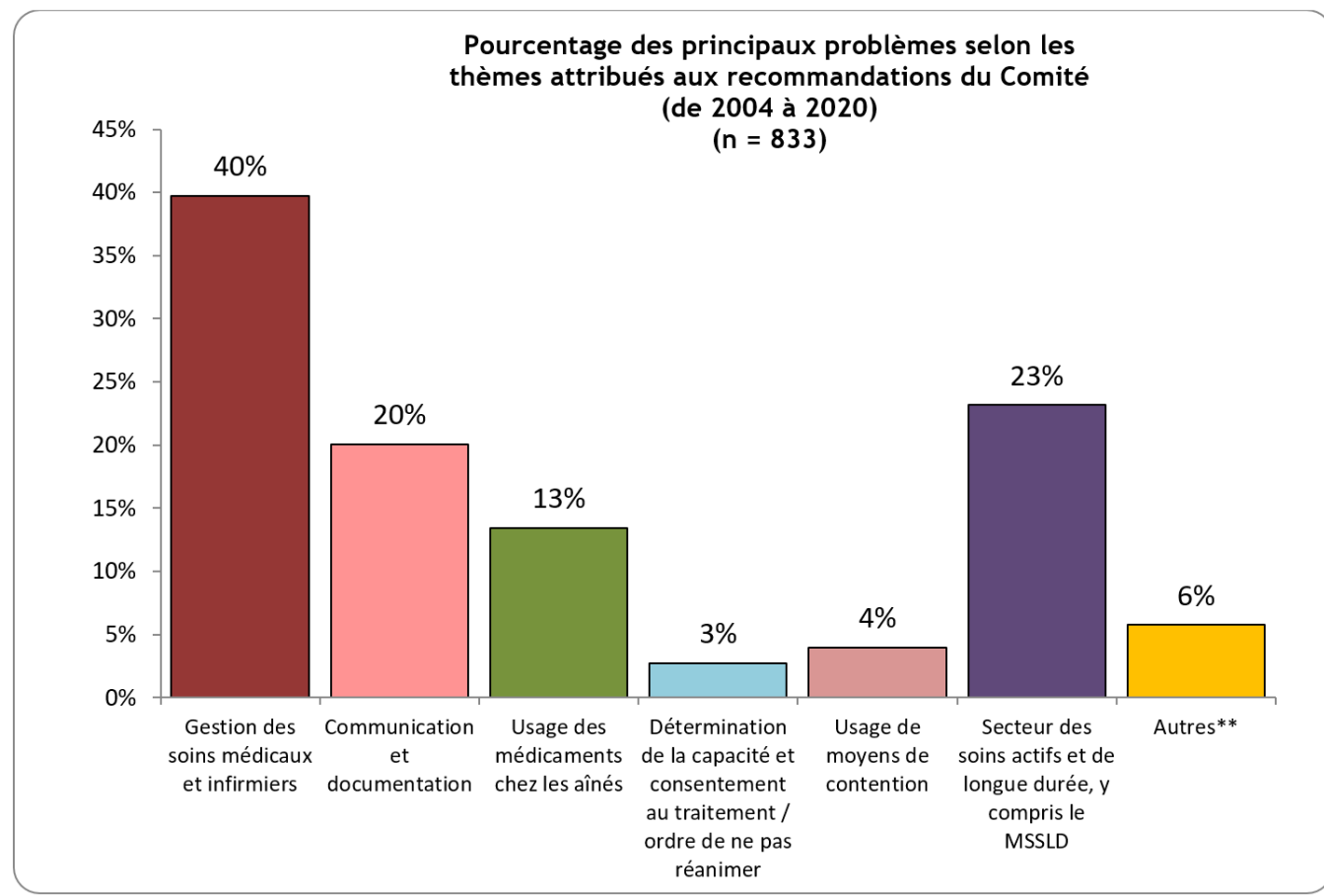


****Remarque :** La catégorie « Autres » comprend les recommandations destinées à d'autres ministères ou au secteur de la justice.

La **figure 1** montre que dans 49 % des cas examinés par le Comité de 2004 à 2020, les problèmes étaient liés à la gestion des soins médicaux et infirmiers, que 35 % des cas concernaient le secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD, et que 28 % portaient sur la communication et la documentation. Les autres thèmes importants étaient l'usage des médicaments chez les aînés (19 %), l'usage de moyens de contention (5 %), la détermination de la capacité et le consentement au traitement ou l'ordre de ne pas réanimer (4 %) et la catégorie « Autres » (9 %).

Figure 2 : Pourcentage des principaux problèmes selon les thèmes attribués aux recommandations du Comité (de 2004 à 2020)

De 2004 à 2020, le Comité a formulé 833 recommandations visant à éviter d'autres décès.



*Remarque : Certaines recommandations ont traité de plus d'un thème ou problème.

**Remarque : La catégorie « Autres » comprend les recommandations destinées à d'autres ministères ou au secteur de la justice.

La **figure 2** montre le pourcentage des thèmes ou problèmes couramment traités dans les recommandations individuelles formulées à la suite de l'examen des cas, pour la période de 2004 à 2020. Il est possible que plus d'un thème ou problème ait été traité dans certaines recommandations complexes. Notons que 40 % de toutes les recommandations étaient liées à la gestion des soins médicaux et infirmiers, et que 23 % concernaient le secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD. Les autres problèmes ou thèmes relevés, mais moins souvent traités dans les recommandations, touchaient la communication et la documentation (20 %), l'usage des médicaments chez les aînés (13 %), la détermination de la capacité et le consentement au traitement ou l'ordre de ne pas réanimer (3 %), l'usage de moyens de contention (4 %) et la catégorie « Autres » (6 %).

Chapitre trois : Cas examinés en 2020

En 2020, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné 19 cas portant sur 19 décès (8 femmes et 11 hommes), dont des résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD) et de maisons de retraite; un cas portait sur le décès d'un homme de 31 ans séjournant dans un foyer de groupe. Trois de ces cas constituaient des renvois obligatoires parce qu'il s'agissait d'homicides survenus dans des FSLD.

Les 19 décès examinés en 2020 étaient répartis comme suit : 1 en 2016, 4 en 2017, 6 en 2018 et 8 en 2019.

[Remarque : Le Bureau du coroner en chef (BCC) a adopté une politique voulant que toutes les investigations des coroners sur des homicides survenus dans des FSLD ou des maisons de retraite de la province soient soumises au Comité aux fins d'un examen exhaustif. D'autres cas de décès parmi les aînés (survenus ou non dans un FSLD ou une maison de retraite) peuvent lui être soumis s'ils sont attribuables à des problèmes ou questions d'ordre systémique, ou si la famille, la coroner investigatrice ou le coroner investigateur ou la ou le coroner régional principal ont soulevé des interrogations.]

Un résumé des cas examinés et des recommandations formulées en 2020 figure à l'annexe A.

Les personnes qui désirent obtenir les rapports détaillés caviardés doivent écrire au BCC, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

L'âge moyen des personnes décédées dans les cas examinés en 2020 était de 79,2 ans.

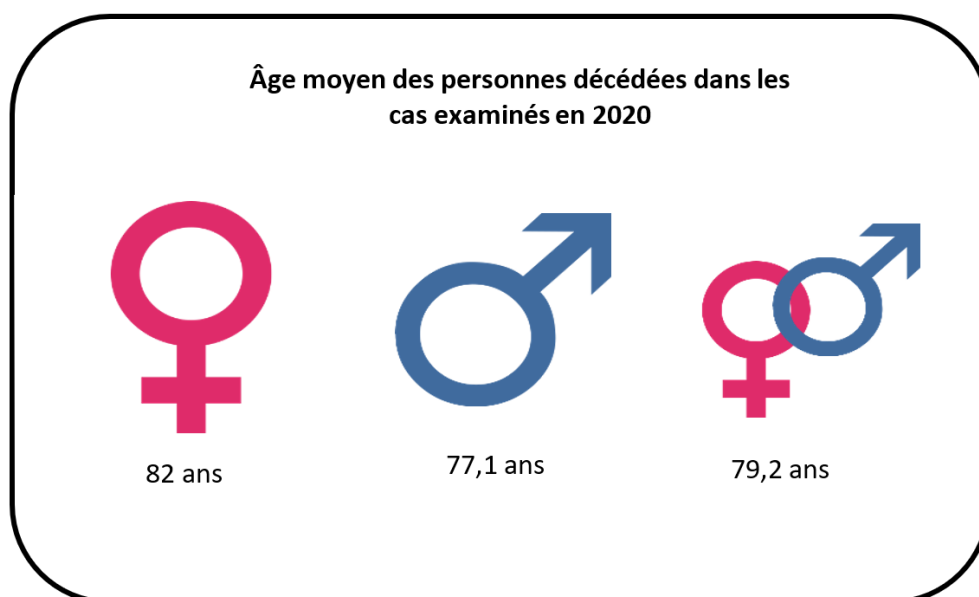
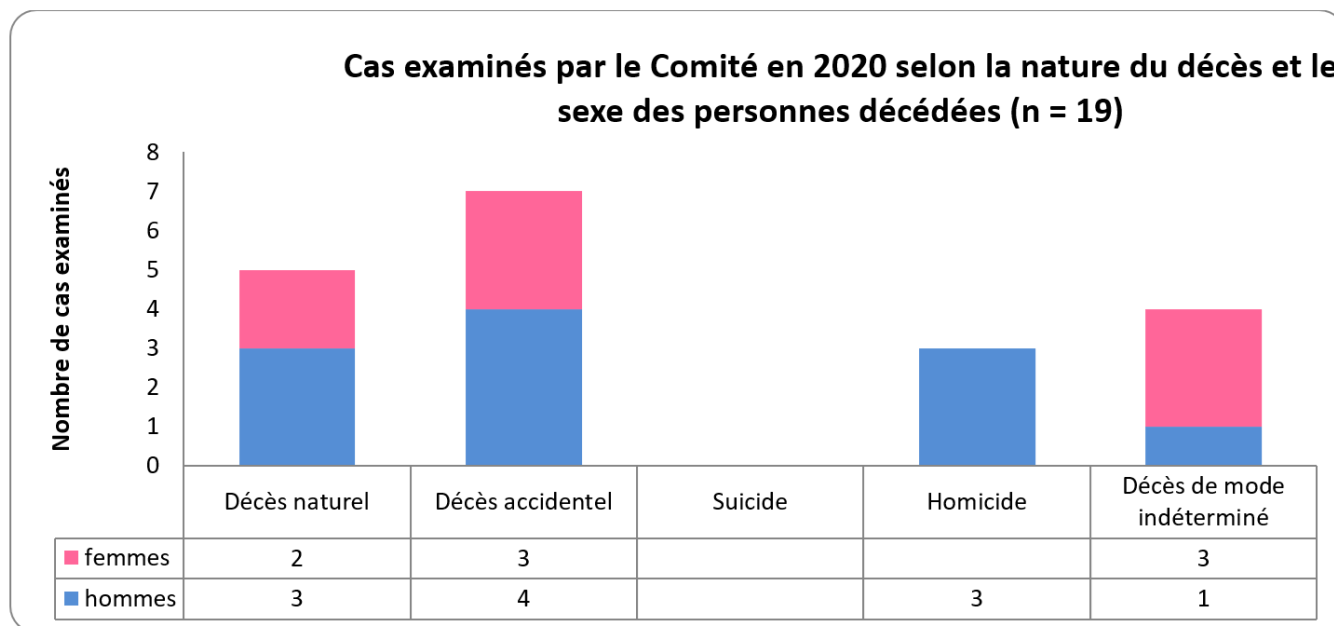


Figure 3 : Cas examinés par le Comité en 2020 selon la nature du décès et le sexe des personnes décédées



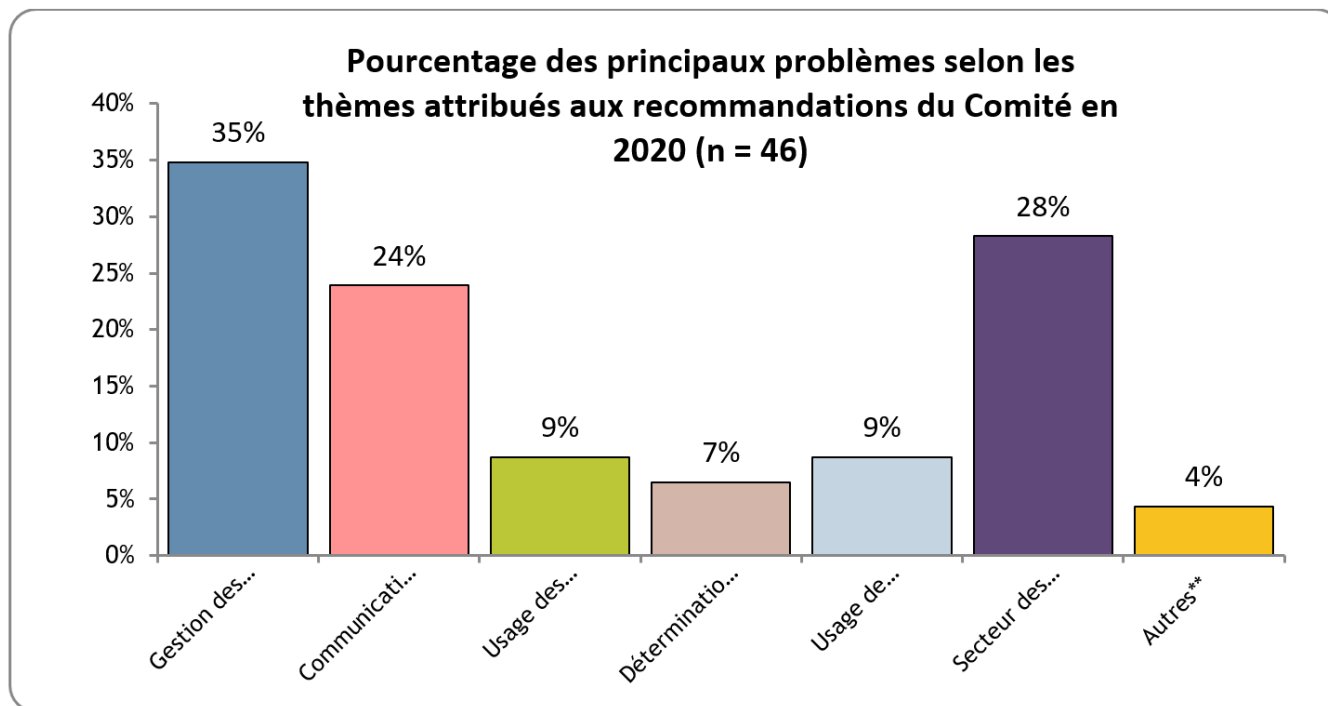
La **figure 3** montre la répartition des cas examinés par le Comité selon la nature du décès et le sexe des personnes décédées. Sur les 19 cas examinés, on compte 5 décès naturels (2 femmes et 3 hommes), 7 décès accidentels (3 femmes et 4 hommes), 3 homicides (3 hommes), 4 décès de mode indéterminé (3 femmes et 1 homme) et aucun suicide.

En 2020, le Comité a formulé 46 recommandations visant à prévenir d'autres décès. Trois cas n'ont donné lieu à aucune recommandation. Bien que ces cas n'aient pas fait l'objet de recommandations, l'analyse des circonstances par le Comité et la discussion qui s'est ensuivie ont grandement contribué à l'investigation plus poussée de la ou du coroner.

Les recommandations issues des examens sont transmises aux particuliers, aux établissements, aux ministères, aux agences, aux organismes, aux groupes d'intérêt spéciaux, aux professionnels de la santé (et à leurs organismes de réglementation) et aux coroners concernés. On demande aux agences et aux organismes en mesure de mettre en œuvre les recommandations de répondre au BCC dans les six mois suivant la réception de ces dernières. Ils sont invités à rendre compte de l'état de mise en œuvre des recommandations qui leur ont été adressées.

Les recommandations sont également transmises aux coroners en chef et aux médecins légistes d'autres provinces et territoires canadiens, et peuvent être consultées sur demande.

Figure 4 : Pourcentage des principaux problèmes selon les thèmes attribués aux recommandations du Comité en 2020



****Remarque :** La catégorie « Autres » comprend les recommandations destinées à d'autres ministères ou au secteur de la justice.

La **figure 4** illustre la répartition des thèmes et des problèmes traités dans les recommandations issues des examens de 2020. Les thèmes et problèmes les plus récurrents étaient la gestion des soins médicaux et infirmiers (35 %), le secteur des soins actifs et de longue durée (28 %), la communication et la documentation (24 %), l'usage des médicaments chez les aînés (9 %), la détermination de la capacité et le consentement au traitement ou l'ordre de ne pas réanimer (7 %), la catégorie « Autres », y compris les recommandations destinées aux services de police et aux coroners régionaux principaux (4 %), et l'usage de moyens de contention (9 %).

On reconnaît que les problèmes cernés et les tendances observées reposent sur les cas à examiner. À part les homicides dans les FSLD, dont l'examen est obligatoire selon la politique du BCC, tous les cas examinés font l'objet de renvois discrétionnaires et relèvent donc d'une décision subjective. Le caractère arbitraire de certains renvois peut engendrer des tendances axées sur des interrogations ou des problèmes considérés comme des points qui méritent une attention plus grande et une analyse plus poussée.

Résumé général des cas examinés et des recommandations formulées par le Comité en 2020

- En 2020, le Comité a examiné 19 cas portant sur 19 décès et formulé 46 recommandations. Sur ces 19 cas, trois n'ont donné lieu à aucune recommandation.
- L'un des cas portait sur le décès d'un homme de 31 ans ayant un sévère retard de développement caractérisé par des troubles du spectre autistique, des troubles épileptiques et un trouble bipolaire, qui séjournait dans un foyer de groupe.
- La nature des 19 cas examinés en 2020 se ventile comme suit :
 - cinq décès naturels (trois hommes et deux femmes)
 - sept décès accidentels (quatre hommes et trois femmes)
 - trois homicides* (trois hommes)
 - quatre décès de mode indéterminé (un homme et trois femmes)
- La gestion des soins médicaux et infirmiers était en cause dans 35 % des recommandations.
- La communication et la documentation, dans 24 %.
- Le secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD, dans 28 %.
- Il a été question de la catégorie « Autres » (y compris les recommandations destinées aux services de police et aux coroners régionaux principaux) dans 4 % des cas.
- L'usage des médicaments chez les aînés est revenu dans 9 % des recommandations.
- L'usage de moyens de contention, d'une part, et la détermination de la capacité et le consentement au traitement ou l'ordre de ne pas réanimer, d'autre part, ont fait respectivement l'objet de 9 % et 7 % des recommandations.
- Certaines recommandations visaient plus d'un problème.
- Trois cas n'ont donné lieu à aucune recommandation.
- Les 19 cas examinés portaient sur 19 décès, soit 11 femmes et 8 hommes.
- L'âge moyen des personnes décédées dans les cas examinés en 2020 était de 79,2 ans.
- Les 19 cas examinés en 2020 ont été répartis selon la nature du décès : décès naturel (5), décès accidentel (7), homicide (3) et décès de mode indéterminé (4). Le Comité n'a examiné aucun suicide en 2020.

Chapitre quatre : Leçons à tirer des examens du Comité

Les thèmes récurrents qui ressortent des examens du Comité sont les suivants : violence dans les foyers de soins de longue durée (FSLD), mauvais traitements à l'égard des aînés et gestion des soins médicaux, y compris l'usage des médicaments, les moyens de contention, la détermination de la capacité et le consentement au traitement, ainsi que la prise en charge de la démence et des maladies mentales.

Parmi les thèmes importants qui ressortent des examens menés en 2020 figurent les difficultés touchant la transition entre les milieux de soins. Lorsqu'il s'avère qu'une personne a besoin de soins de longue durée, cette dernière doit être accueillie dans un FSLD, et non hébergée temporairement dans un milieu ne prodiguant pas les soins requis. Dès l'arrivée de la résidente ou du résident, il est indispensable que l'équipe de soins (y compris la ou le médecin) assure une prise en charge rapide et attentive pour garantir une transition sûre et réussie. Cette période d'installation s'avère propice à l'apparition d'un état confusionnel, aux changements comportementaux et aux interactions violentes avec d'autres résidentes ou résidents. L'adoption d'une approche coordonnée et proactive permet d'atténuer ces risques.

La prise en charge des problèmes de santé physique et mentale complexes des aînés, en tant que segment de la population, n'est pas aisée; pour bien les servir, il faut faire appel à une équipe multidisciplinaire de fournisseurs spécialisés. Tout ça commence avec la formation et se termine par la surveillance et un examen efficace de la qualité.

Le Comité salue l'engagement des Ontariennes et Ontariens qui participent à l'offre de soins aux aînés et tient à souligner qu'ils s'occupent de ce segment précieux et parfois vulnérable de la population avec un savoir-faire et un dévouement exceptionnels. Nous espérons que le travail du Comité sera utile à ces Ontariennes et Ontariens et aux familles des personnes décédées dont le cas a été examiné.

ANNEXE A : Résumé des cas et des recommandations de 2020

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
2020-01	1	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 63 ans des suites d'une bronchopneumonie consécutive à une maladie neurodégénérative avec accumulation intracérébrale de fer, en association avec une fracture de la hanche dont l'étiologie n'a pas pu être établie. La défunte avait recours aux médecines parallèles et selon certaines allégations, il est possible qu'elle ait reçu une substance nocive.	1. Les cliniciennes et cliniciens exerçant aux services d'urgence hospitaliers devraient évaluer les adultes vulnérables de manière systématique. Il convient d'envisager, si possible, la réalisation par une ou un spécialiste ou par une équipe ayant une expérience en médecine légale d'un bilan de santé complet et d'un examen du squelette chez toute personne vulnérable en cas de soupçons crédibles de mauvais traitements. (Gestion des soins médicaux et infirmiers)
2020-02	3	Ce cas est celui d'un homme de 79 ans atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, décédé à la suite d'une altercation avec une autre personne séjournant dans le même FSLD. Ce cas était un renvoi obligatoire, donc il devait être examiné par le Comité puisqu'il s'agit d'un homicide.	1. Il est rappelé aux foyers de soins de longue durée qu'il existe un risque accru d'implication des nouvelles résidentes et nouveaux résidents dans des incidents de violence (en tant qu'auteurs ou victimes) en raison du manque de familiarité avec l'environnement, les fournisseurs de soins et les routines. Il est donc essentiel d'apporter une grande attention à la supervision, à la documentation et à la planification de la prise en charge des troubles du comportement. (Gestion des soins médicaux et infirmiers ; Communication et documentation) 2. Le MSSLD devrait tenir compte de la « normalisation » de la violence au moment d'élaborer la Stratégie ontarienne en matière de démence. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
			3. Tous les foyers de soins de longue durée de la province doivent avoir accès aux ressources du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement de façon à garantir la prise en charge sûre des résidentes et résidents atteints de démence. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)
2020-03	2	Ce cas portait sur le décès d'un homme de 68 ans ayant des antécédents d'alcoolisme et présentant plusieurs comorbidités. Il avait été jugé incapable de prendre des décisions médicales, personnelles et financières par une ou un gériatre. Le défunt a fait appel devant la Commission du consentement et de la capacité, laquelle a rendu une constatation de capacité. Cet homme a été retrouvé mort à son domicile 12 jours après cette décision.	1. Les évaluatrices et évaluateurs de la capacité doivent se rappeler que la capacité ne peut être déterminée uniquement sur la base d'une évaluation en tête-à-tête avec la cliente ou le client. L'évaluation doit inclure la prise de renseignements auprès de la famille, de fournisseurs de soins professionnels ou de consultantes ou consultants pluridisciplinaires, ainsi qu'un examen objectif des dossiers et un jugement quant à la capacité de la cliente ou du client à agir conformément aux intentions annoncées. (Détermination de la capacité et consentement au traitement ou ordre de ne pas réanimer) 2. Le ministère du Procureur général, le ministère de la Santé, l'Office de réglementation des maisons de retraite et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient envisager de mener conjointement une initiative pédagogique générale sur le consentement et la capacité à l'échelle du secteur médical. (Détermination de la capacité et consentement au traitement ou ordre de ne pas réanimer)
2020-04	5	Ce cas est celui d'une femme de 83 ans séjournant dans un FSLD, décédée des complications d'une fracture de la hanche subie après être tombée de son lit pendant les soins prodigués par une préposée ou un	1. Les écoles de médecine et les programmes de formation continue à l'intention des médecins et du personnel infirmier devraient insister sur les politiques de contention minimale, telles que l'usage de barrières partielles et d'appareils et accessoires fonctionnels lorsque ces dispositifs ne présentent pas de risque pour la sécurité. (Usage de moyens de contention)

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		préposé individuel aux services de soutien à la personne. Un mois avant cet incident, deux demi-barrières avaient été enlevées du lit de la résidente, ce qui a soulevé des préoccupations quant à l'usage des barrières et à la communication avec les familles.	2. Les résidentes/patientes ou les résidents/patients et leurs mandataires spéciaux/les membres de leur famille devraient être consultés à l'heure de mettre en place ou de retirer des dispositifs de contention comme les barrières de lit. Il conviendrait en outre de documenter les discussions menées à ce sujet. (Usage de moyens de contention) 3. Santé Canada devrait exiger le signalement des chutes évitées de justesse et prendre les mesures connexes qui s'imposent, comme c'est actuellement le cas pour les piégeages évités de justesse. (Communication et documentation) 4. Il est recommandé aux foyers de soins de longue durée d'élaborer des politiques internes ne visant pas le retrait pur et simple des barrières de lit, mais insistant sur la prise en compte des préférences, du confort et de la sécurité de la résidente/patiente ou du résident/patient, et garantissant la pleine participation de l'équipe de soins de santé, de la personne concernée et de sa famille ou de sa ou son mandataire spécial. (Autres ; Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 5. Le ministère des Soins de longue durée devrait modifier la <i>Loi sur les foyers de soins de longue durée</i> afin de fournir des directives plus concises sur l'ajout et le retrait des barrières de lit et des appareils et accessoires fonctionnels. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)
2020-05	2	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 84 ans ayant notamment des antécédents de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque congestive. Le Comité a été sollicité en raison de préoccupations quant	1. En cas de modification des ordres d'une ou d'un médecin par le personnel infirmier, il convient de fournir une justification approfondie dans les notes d'évolution et d'avertir la ou le médecin concerné en temps voulu. (Communication et documentation) 2. Le MSSLD devrait étudier les questions d'ordre éthique et juridique inhérentes à la dissimulation de caméras dans les foyers de soins de longue durée sans en informer et/ou demander le consentement de l'administration ou du personnel de l'établissement. Il

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		à la qualité des soins prodigués dans le FSLD où elle séjournait.	serait judicieux de demander l'avis d'une ou d'un spécialiste de l'éthique médicale et d'une ou d'un juriste. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)
2020-06	0	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 89 ans recevant des soins palliatifs. La famille de la défunte a soulevé des préoccupations quant à la qualité des soins en fin de vie prodigués dans le foyer de soins de longue durée où elle séjournait.	Sans objet
2020-07	10	Ce cas est celui d'une femme de 89 ans décédée dans la maison de retraite où elle séjournait. Il a été soumis au Comité à la demande de la ou du coroner, de la police et de la famille en raison de préoccupations quant à l'usage de formulaires inappropriés d'ordre de ne pas réanimer et au retard ou à l'absence de traitement.	1. Les formulaires de confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer devraient être immédiatement accessibles sous forme électronique dans le portail ConnexionOntario. Il convient de mettre ce document vivant à la disposition de tous les fournisseurs de soins de santé. (Communication et documentation) 2. Le régime de réglementation devrait faire l'objet de révisions afin d'inclure un examen de la qualité des soins prodigués dans les milieux de soins de longue durée (FSLD ou maisons de retraite) de façon à satisfaire aux besoins de chaque résidente ou résident, y compris en ce qui concerne sa prise en charge médicale. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 3. Il est nécessaire de prévoir un mécanisme de mise en œuvre de la norme de qualité « Transitions entre l'hôpital et la maison » (voir : https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf). (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 4. Il convient d'instaurer un mécanisme de communication réunissant tous les fournisseurs de soins dès lors qu'une approche palliative a été décidée, dans le cadre d'une collaboration

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
			s'apparentant au plan de coordination des soins mis en place précédemment. (Communication et documentation) 5. Toutes les nouvelles admissions en maison de retraite devraient s'accompagner d'un recueil des antécédents complets et d'un examen médical, en plus des renseignements fournis dans la demande initiale. (Gestion des soins médicaux et infirmiers ; Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 6. Les maisons de retraite devraient instaurer des mécanismes favorisant des transitions de qualité entre les milieux de soins, et ce, dès l'admission, conformément à la norme de qualité « Transitions entre l'hôpital et la maison » (voir : https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf). (Communication et documentation) 7. Il faudrait exiger que les maisons de retraite adoptent un registre électronique d'administration des médicaments afin d'éviter les erreurs de médication potentielles inhérentes à la documentation papier d'un tel registre, en particulier en cas d'aggravation de l'état de la résidente ou du résident. (Communication et documentation) 8. Les médecins prescripteurs doivent se rappeler que tout changement thérapeutique important doit être clairement documenté. (Communication et documentation) 9. Les médecins doivent veiller à la continuité de la politique de soins et avoir conscience du risque de préjudice qui peut accompagner tout transfert inadapté. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 10. Malgré la pression de donner rapidement congé aux patientes et patients admis en soins actifs, la sortie de ces derniers doit être planifiée en tenant compte des besoins de chacune et chacun d'eux en matière de soins médicaux et infirmiers au moment où le plan est finalisé. (Gestion des soins médicaux et infirmiers)
2020-08	2	Ce cas est celui d'une femme de 100 ans séjournant dans un FSLD, décédée en	1. Il convient d'informer les foyers de soins de longue durée et les familles du risque (certes rare) de décès induit par la contention des patientes et patients atteints de démence au moyen d'une ceinture

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		raison d'une compression du cou survenue après qu'elle a glissé du siège d'un fauteuil roulant équipé d'une ceinture de sécurité ventrale.	ventrale sur un fauteuil roulant. (Usage de moyens de contention) 2. Les indications justifiant l'usage d'une ceinture ventrale sur les fauteuils roulants devraient être clairement définies. De plus, les risques et les avantages doivent faire l'objet d'une discussion avec les mandataires spéciaux/les membres de la famille, laquelle sera documentée dans le dossier clinique. (Usage de moyens de contention ; Communication et documentation)
2020-09	4	Le défunt était un homme de 76 ans. Diverses préoccupations ont été soulevées quant à ses apports alimentaires et hydriques, son nombre accru de chutes et l'absence d'examen médical complet par un fournisseur de soins primaires au moment de son admission dans un FSLD.	1. Le personnel infirmier et les médecins intervenant dans des foyers de soins de longue durée doivent se rappeler qu'en cas de changement de l'état de santé d'une résidente ou d'un résident, il est recommandé d'effectuer une évaluation complète pour diagnostiquer et traiter le problème médical sous-jacent, quel qu'il soit, surtout si le changement en question survient dès ou après l'admission. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 2. Le foyer de soins de longue durée concerné devrait passer en revue les médicaments des résidentes et résidents pris en charge par la ou le médecin traitant. (Gestion des soins médicaux et infirmiers ; Usage des médicaments chez les aînés) 3. Le ministère des Soins de longue durée devrait envisager un examen de la fonction et de l'objet des investigations et inspections dans les foyers de soins de longue durée. L'accent placé actuellement sur la vérification de conformité à diverses réglementations ne permet pas d'examiner comme il convient la qualité des soins médicaux et infirmiers prodigués. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 4. Lors de l'évaluation des résidentes et résidents à haut risque dans les foyers de soins de longue durée, tous les efforts doivent être entrepris pour estimer les apports alimentaires. La mention « sans objet/non disponible » ne suffit pas. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)
2020-10	5	Le défunt était un homme de 31 ans ayant un sévère retard de développement	1. Pour rappel, les foyers de groupe fournissant des soins en établissement aux adultes ayant un retard de développement sont tenus de se conformer aux normes de prise en charge énoncées dans la <i>Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion</i>

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		caractérisé par des troubles du spectre autistique, des troubles épileptiques et un trouble bipolaire, qui séjournait dans un foyer de groupe. Il a été retrouvé mort dans une chambre vacante où il était maintenu en isolement pendant une crise liée à des troubles du comportement. Ce cas a été soumis au Comité car le défunt séjournait dans un milieu de services en établissement de longue durée où il incombait au personnel de prendre en charge ses troubles du développement et de santé mentale complexes.	<i>sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle</i> et au Règlement de l'Ontario 299/10. En particulier, les foyers de groupe doivent : • disposer de plans bien documentés pour la prise en charge des troubles du comportement • adopter l'approche la moins intrusive possible • collaborer avec des fournisseurs de soins de santé pour l'élaboration des plans de prise en charge des troubles du comportement • consigner clairement les indications, observations et conséquences des mesures de gestion des troubles du comportement plus intrusives comme l'isolement dans une « pièce calme ». (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 2. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESC) devrait imposer la tenue d'inspections annuelles en personne dans tous les foyers de groupe de l'Ontario pour garantir le respect des lois et règlements, en particulier en ce qui concerne le soutien aux adultes ayant un retard de développement et des besoins comportementaux complexes. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 3. Le MSESC devrait mettre en place des réglementations et des mesures de soutien pour s'assurer que tous les membres du personnel qui administrent des médicaments aux résidentes et résidents font preuve des connaissances, des compétences et des attitudes appropriées pour agir de manière sûre. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 4. Les transitions entre les milieux de soins font courir un risque particulier aux patientes et aux patients ayant un retard de développement. La clarté des plans de congé, avec la fourniture d'instructions clés pour demander de l'aide si leur état se détériore, est essentielle. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 5. Il est rappelé aux médecins intervenant auprès de personnes ayant un retard de développement que l'administration de tout traitement doit faire l'objet d'un consentement éclairé en vertu de la <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i>, c'est-à-dire qu'une discussion explicite et documentée doit avoir lieu avec la patiente ou le patient qui en a la capacité ou,

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
			en cas d'incapacité, avec une ou un mandataire spécial au sens de la <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> . (Détermination de la capacité et consentement au traitement ou ordre de ne pas réanimer)
2020-11	2	Ce cas portait sur le décès d'un homme de 85 ans à la suite d'un accident de la route, en raison de préoccupations soulevées quant au fait qu'il présentait un trouble cognitif léger mais détenait toujours un permis de conduire valide.	1. Le ministère du Solliciteur général et le ministère des Transports devraient envisager la mise au point d'un système d'alerte provincial permettant de localiser rapidement les aînés portés disparus, y compris lorsqu'il est possible qu'ils conduisent un véhicule motorisé. (Autres) 2. Il est recommandé à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario d'effectuer un rappel (éventuellement par l'intermédiaire de sa publication Dialogue) auprès des médecins quant à l'importance d'évaluer et de documenter la sûreté de conduite de tous les patients ayant des troubles neurocognitifs, y compris légers, et de signaler au ministère des Transports les personnes qui risqueraient de ne plus être aptes à conduire en raison d'un trouble cognitif, au regard de critères acceptés. (Communication et documentation)
2020-12	2	Ce cas portait sur le décès d'un homme de 83 ans séjournant dans un FSLD, à la suite d'une erreur de médication. Il a reçu par mégarde une dose de 10 mg de morphine au lieu de 1 à 2 mg comme indiqué sur l'ordonnance.	1. Le ministère de la Santé devrait ajouter la morphine 10 mg/ml et 2 mg/ml au Formulaire des médicaments de l'Ontario. Ces dosages figurent actuellement parmi les médicaments à « usage limité » pour les patientes et patients en soins palliatifs uniquement. (Usage des médicaments chez les aînés) 2. La mise à disposition de naloxone, ainsi que la formation du personnel à l'administration de ce médicament, doivent être prévues dans tous les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite où les résidentes et résidents sont susceptibles de suivre un traitement à base d'opiacés. (Usage des médicaments chez les aînés)
2020-13	2	Ce cas porte sur le décès d'un homme de 77 ans à la suite d'une altercation physique avec une autre personne séjournant dans le même FSLD. Sa famille a exprimé	1. Le ministère des Soins de longue durée et le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement devraient créer une trousse de ressources additionnelles pour chaque communauté afin de permettre une meilleure réponse aux besoins des personnes séjournant dans des foyers de soins de longue durée qui manifestent un comportement violent et agressif. Il convient notamment de prévoir

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		des préoccupations quant aux soins reçus au sein de l'établissement et au délai de transfert à l'hôpital.	la possibilité d'évaluations virtuelles lorsque la sécurité de l'ensemble des résidentes, résidents et membres du personnel en dépend. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD) 2. Les exigences à satisfaire pour obtenir du personnel supplémentaire devraient être revues pour faciliter le renforcement des effectifs à des fins de sécurité dans les foyers de soins de longue durée. Il est rappelé aux foyers de soins de longue durée qu'aucune ordonnance médicale n'est requise pour obtenir une dotation en personnel supplémentaire. (Secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSSLD)
2020-14	1	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 74 ans présentant plusieurs comorbidités et un état confusionnel. Elle avait fait l'objet d'évaluations en gériatrie et en psychiatrie lors de multiples consultations à l'hôpital. Le niveau des soins hospitaliers, en particulier l'attribution d'une origine non médicale aux symptômes dont se plaignait la défunte, a soulevé des préoccupations.	1. La mise en place d'une approche structurée visant le dépistage et la gestion des états confusionnels est essentielle à la prise en charge hospitalière des aînés. À ce titre, il convient d'assurer une communication claire entre les patients, les familles et l'équipe clinique au sujet du diagnostic, du traitement et du pronostic des états confusionnels chez les aînés. (Gestion des soins médicaux et infirmiers ; Communication et documentation)
2020-15	3	Ce cas est celui d'une femme de 94 ans décédée des complications d'une chute survenue sans témoin pendant qu'elle résidait dans un FSLD. La gestion des procédures de réponse dans	1. Les médecins intervenant dans des foyers de soins de longue durée doivent se rappeler qu'une réévaluation complète doit être menée dans les plus brefs délais au moindre changement d'état des résidentes/patientes et résidents/patients. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 2. Les médecins intervenant dans des foyers de soins de longue durée devraient envisager de suivre un perfectionnement professionnel au sujet de la prescription appropriée de médicaments au moyen

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		l'établissement et les soins prodigués à la défunte après sa chute ont soulevé des préoccupations.	d'outils tels que les critères de Beers. (Gestion des soins médicaux et infirmiers) 3. Le personnel infirmier qui administre des opiacés à visée analgésique « en fonction des besoins » devrait mener des évaluations de la douleur à l'aide d'échelles validées (PAINAD, par exemple). (Usage des médicaments chez les aînés)
2020-16	1	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 69 ans, qui a été soumis pour examen au Comité en raison de complications relatives aux soins de la plaie prodigués après une chute et à une erreur de médication survenue durant un séjour hospitalier.	1. Les fournisseurs de soins de santé doivent se rappeler qu'une évaluation complète (avec examen de tous les médicaments) est systématiquement requise après la chute d'une aînée ou d'un aîné. L'évaluation doit faire intervenir des spécialistes en médecine interne, en gériatrie et en soins infirmiers. (Gestion des soins médicaux et infirmiers)
2020-17	0	Ce cas est celui d'un homme de 84 ans décédé d'une insuffisance cardiaque congestive et d'une hémorragie digestive haute après une fracture de la hanche. Le rôle qu'a pu jouer le traitement anticoagulant postopératoire dans le décès du patient a soulevé des préoccupations.	Sans objet
2020-18	1	Ce cas portait sur le décès d'un homme de 93 ans séjournant dans un FSLD après la pose d'un diagnostic d'hématome sous-dural pendant sa prise en charge en soins actifs dans un hôpital.	1. Les médecins sont encouragés à abaisser les critères de réalisation d'un scanner crânien chez les aînés sous anticoagulants en cas de chute sans témoin, en particulier si un changement de l'état de conscience est observé et converge avec les objectifs de prise en charge pour une intervention chirurgicale. (Gestion des soins médicaux et infirmiers)

N° de dossier du Comité	Nombre de recommandations	Résumé du cas	Recommandation et (Thème)
		Diverses préoccupations ont été soulevées quant à la prévention des chutes et à l'évaluation des aînés sous anticoagulants dont l'état de conscience est altéré après une chute.	
2020-19	0	Ce cas est celui d'un homme de 84 ans décédé après avoir été poussé par une autre personne séjournant dans le même FSLD. Ce cas était un renvoi obligatoire, donc il devait être examiné par le Comité puisqu'il s'agit d'un homicide.	sans objet

Les questions et commentaires sur le présent rapport peuvent être envoyés à l'adresse suivante :

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 0B1

occ.inquiries@ontario.ca