



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

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

**Rapport annuel 2024**

**Novembre 2025**

## Table des matières

<b>Message des coprésidents</b>	<b>i</b>
<b>Membres du Comité</b>	<b>ii</b>
<b>Sommaire</b>	<b>iii</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 2 : Aperçu statistique de 2004 à 2023</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 3 : Cas examinés en 2024</b>	<b>8</b>
<b>Chapitre 4 : Observations tirées des examens du Comité en 2024</b>	<b>10</b>
<b>Annexe A : Résumé des cas et recommandations de 2024</b>	<b>12</b>

## Message des coprésidents

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (le Comité) a été mis sur pied en 1989 et se compose de praticiens respectés dans les domaines de la gériatrie, de la médecine familiale, de la psychiatrie, des soins infirmiers, de la pharmacologie, de la diététique, de la médecine d'urgence et des services aux personnes âgées. Nous avons le plaisir de présenter le rapport annuel du Comité pour 2024.

Le Bureau du coroner en chef (BCC), par l'intermédiaire du Comité, examine tous les homicides concernant des résidents de foyers de soins de longue durée ou de maisons de retraite. Le Comité peut également examiner des décès où des questions systémiques peuvent être présentes ou lorsque des préoccupations importantes ont été soulevées par la famille, le coroner ou le coroner régional principal.

Les examens menés par le Comité comprennent une analyse exhaustive et approfondie des circonstances liées au décès et, le cas échéant, la formulation de recommandations visant à prévenir d'autres décès. En 2024, le Comité a examiné 16 cas, concernant 16 décès, et a formulé 80 recommandations.

Les examens et les recommandations préparés par le Comité sont largement diffusés auprès des fournisseurs de services et de soins de longue durée et d'autres organismes et organisations compétents dans l'ensemble de la province. Notre rôle est de fournir des renseignements aux organisations compétentes afin d'éclairer les améliorations éventuellement apportées aux processus, aux politiques et aux initiatives, dans le but de prévenir d'autres décès.

C'est un honneur que de participer aux travaux du Comité et nous sommes reconnaissants de l'engagement de ses membres envers la population de l'Ontario. Les lecteurs souhaitant obtenir les rapports narratifs caviardés peuvent le faire en communiquant avec le BCC à l'adresse suivante : [occ.inquiries@ontario.ca](mailto:occ.inquiries@ontario.ca).

### **D<sup>r</sup> Roger Skinner**

Médecin hygiéniste provincial

Coprésident, Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

### **D<sup>r</sup> Rejean Duwyn**

Coroner régional principal, opérations

Coprésident, Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

## Membres du Comité (2024)

**D<sup>r</sup> Roger Skinner**

Médecin hygiéniste provincial  
Coprésident du Comité

**D<sup>r</sup> Rejean Duwyn**

Coroner régional principal, opérations  
Coprésident du Comité

**M<sup>me</sup> Cianna Williams**

Directrice générale

**M<sup>me</sup> Camilla Goledzinowski**

Administratrice de programmes

**M<sup>me</sup> Julie Cavaliere**

Diététiste professionnelle

**D<sup>re</sup> Barbara Clive**

Gériatre

**D<sup>re</sup> Margaret Found**

Médecin de famille et coroner

**D<sup>r</sup> Sid Feldman**

Médecin de famille

**D<sup>r</sup> Dov Gandell**

Gériatre

**D<sup>r</sup> Barry Goldlist**

Gériatre

**M<sup>me</sup> Stephana Hung**

Pharmacienne inscrite

**D<sup>r</sup> Mark Lachmann**

Psychiatre gériatrique

**D<sup>re</sup> Andrea Moser**

Médecin de famille et soins aux personnes  
âgées

**D<sup>r</sup> Joel Ross**

Médecin de famille et coroner

**M<sup>me</sup> Anne Stephens**

Infirmière clinicienne spécialisée

## Sommaire

- Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (le Comité) a été mis sur pied en 1989 et se compose de praticiens respectés dans les domaines de la gériatrie, de la médecine familiale, de la psychiatrie, des soins infirmiers, de la pharmacologie, de la diététique, de la médecine d'urgence et des services aux personnes âgées.
- En 2024, le Comité a examiné **16 cas** concernant **16 décès** et a formulé **80** recommandations visant à prévenir d'autres décès.
- Sur les 16 décès examinés en 2024, les causes de décès étaient les suivantes :
  - Naturelle – **2** (un homme et une femme)
  - Accidentelle – **8** (six hommes et deux femmes)
  - Homicide\* – **2** (deux femmes)
  - Indéterminée – **4** (deux hommes et deux femmes)
- Sur les 16 décès examinés, **9** concernaient des **hommes** et **7** concernaient des **femmes**.
- L'âge moyen des **hommes** dont le décès a été examiné était de **80 ans**.
- L'âge moyen des **femmes** dont le décès a été examiné était de **88 ans**.
- L'âge moyen de tous les décès examinés en 2024 était de **84 ans**.
- En 2024, les domaines d'amélioration les plus courants relevés par le Comité dans le cadre de l'examen des cas et des recommandations en découlant sont les suivants :
  - **Opérations et surveillance des établissements**
  - **Politiques, procédures et lignes directrices**
  - **Communication et collaboration**
  - **Éducation, formation et ressources**
  - **Propre au Comité ou au décès**

\***Remarque** : Pour les besoins d'une enquête de coroner, la constatation d'« homicide » ne signifie pas une constatation de responsabilité juridique ou de culpabilité.

## Chapitre 1 : Introduction

Le rapport annuel du Comité vise à susciter la réflexion et à favoriser la discussion sur les décès liés à la gériatrie et aux soins de longue durée en Ontario, et contient des renseignements statistiques sur les décès examinés et les recommandations qui en découlent.

### Buts et objectifs

Voici les buts et objectifs du Comité :

1. Aider les coroners de la province de l'Ontario à enquêter sur les décès concernant des personnes âgées et d'autres personnes recevant des services dans des foyers de soins de longue durée (FSLD).
2. Réaliser un examen spécialisé des circonstances liées aux soins fournis aux personnes recevant des soins gériatriques et de longue durée en Ontario avant leur décès.
3. Produire un rapport annuel mis à la disposition des médecins, du personnel infirmier, des fournisseurs de soins de santé, des organismes de services sociaux et autres, à des fins de sensibilisation à la prévention des décès.
4. Examiner les décès et contribuer à déterminer s'il existe des questions systémiques, des tendances, des facteurs de risque, des problèmes, des lacunes ou d'autres insuffisances relativement aux circonstances de chaque cas, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées visant à prévenir d'autres décès.
5. Mener et promouvoir des recherches où les résultats et une compréhension approfondie peuvent donner lieu à des recommandations qui permettront d'éviter d'autres décès.

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

Le BCC soumet toutes les enquêtes de coroner concernant des homicides dans des FSLD ou des maisons de retraite de la province au Comité en vue d'un examen plus approfondi. D'autres décès de personnes âgées (qu'elles soient ou non résidentes d'un FSLD ou d'une maison de retraite) peuvent être renvoyés au Comité aux fins d'examen s'il existe d'éventuelles questions ou répercussions systémiques.

## **Structure et composition**

Le leadership et la structure du Comité sont conçus de manière à assurer une surveillance efficace de ses opérations et une expertise spécialisée à cet égard.

La présidence du Comité peut être assurée par un coroner régional principal ou un coroner en chef adjoint. Le soutien du comité est assuré par le directeur général.

D'autres personnes possédant une expertise précise peuvent être invitées à assister aux réunions du Comité au besoin, au cas par cas (p. ex. coroners investigateurs, coroners régionaux principaux, agents de police et autres praticiens spécialisés dont les fonctions se rapportent au cas en question).

La composition du Comité est examinée régulièrement par la présidence du Comité et par le coroner en chef, sur demande.

## **Méthode**

Les décès sont renvoyés au Comité par un coroner régional principal lorsque des connaissances spécialisées pourraient s'avérer utiles afin de faire avancer l'enquête de coroner, ou lorsque la famille, le coroner, le coroner régional principal ou d'autres personnes ou organisations concernées soulèvent des préoccupations ou des problèmes importants. Tous les homicides commis dans un FSLD ou une maison de retraite sont renvoyés au Comité aux fins d'examen.

Un ou plusieurs membres du Comité examinent les renseignements soumis par le coroner régional principal et présentent ensuite le cas aux autres membres du Comité. À la suite des discussions au sein du Comité, un rapport final est rédigé comprenant un résumé des circonstances, les constatations collectives du Comité et des recommandations visant à prévenir d'autres décès. Par la suite, le directeur général envoie ce rapport au coroner régional principal à l'origine du renvoi, qui peut mener une enquête plus approfondie au besoin.

Lorsqu'un cas présente un conflit d'intérêts potentiel ou réel pour un membre du Comité, un membre remplaçant peut être invité à participer à l'examen, ou le Comité peut examiner le cas en l'absence du membre en situation de conflit d'intérêts.

Lorsqu'un cas pourrait tirer parti de l'expertise d'une autre discipline, on peut demander à un expert externe d'examiner le cas, d'assister à la réunion ou de participer à la discussion et à la formulation des recommandations au besoin.

## Limites

Le Comité est de nature consultative et formule des recommandations par l'intermédiaire de sa présidence. S'il est vrai que le rapport final du Comité est limité par les renseignements dont il dispose, aucun effort n'est ménagé pour obtenir tous les renseignements pertinents pouvant servir à l'enquête. La réalisation d'une nouvelle enquête sur le décès ou la réouverture d'autres enquêtes (p. ex. une instance criminelle) qui auraient déjà eu lieu ne relèvent pas du mandat du Comité.

Les renseignements recueillis et examinés par le Comité, ainsi que son rapport final, sont destinés exclusivement à l'enquête de coroner, conformément à la [Loi sur les coroners](#), et sont assujettis aux restrictions en matière de confidentialité et de respect de la vie privée imposées par la [Loi sur les coroners](#) et la [Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée](#). Par conséquent, les rapports individuels, les procès-verbaux et tout autre document ou rapport produit par le Comité sont confidentiels et ne peuvent être rendus publics. Les versions caviardées de certains rapports d'examen de décès sont accessibles au public en envoyant un courriel à l'adresse suivante : [occ.inquiries@ontario.ca](mailto:occ.inquiries@ontario.ca).

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité énonçant ces protections et restrictions.

Les membres du Comité n'expriment publiquement aucune opinion sur les décès qu'ils ont examinés. Plus précisément, les membres du Comité ne doivent pas témoigner à titre d'experts dans un procès civil portant sur un cas examiné par le Comité. En outre, 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.

Il est reconnu que le Comité n'examine que les décès respectant les critères de renvoi obligatoire (c.-à-d. les homicides dans les FSLD ou les maisons de retraite) ou de renvoi discrétionnaire (p. ex. lorsque des questions ou des répercussions systémiques peuvent être présentes). Les renvois discrétionnaires peuvent être fondés sur des préoccupations ou des questions soulevées par le coroner, le coroner régional principal ou la famille.

Les statistiques générées par les examens du Comité, plus particulièrement en ce qui concerne les thèmes et les tendances, peuvent être par nature biaisées en raison des critères de sélection des cas renvoyés au Comité. Il est également reconnu qu'il existe un certain niveau de subjectivité lorsque les thèmes sont attribués dans le cadre de l'analyse.

## Recommandations

L'un des principaux objectifs du Comité est de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès. La présidence est chargée de transmettre ces recommandations aux

organisations et organismes compétents.

Les organisations et organismes sont invités à informer le directeur général de l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations formulées dans les six mois suivant leur réception. À l'instar des recommandations découlant des enquêtes de coroner, les recommandations du Comité n'ont pas force exécutoire, et les organismes et organisations ne sont pas tenus par la loi de les mettre en œuvre ou d'y donner suite.

Les recommandations formulées relativement aux décès examinés par le Comité en **2024** figurent à l'**annexe A**.

Les réponses aux recommandations font partie des archives publiques et peuvent être obtenues en envoyant un courriel à l'adresse [occ.inquiries@ontario.ca](mailto:occ.inquiries@ontario.ca).

## Chapitre 2 : Aperçu statistique de 2004 à 2023

Les données statistiques présentées ci-après résument les décès et les recommandations examinés par le Comité de **2004 à 2023**, classés selon les thèmes de recommandation en vigueur pendant cette période. Ces thèmes comprenaient la gestion des soins médicaux et infirmiers, la communication et la documentation, l'utilisation de médicaments, la détermination de la capacité, l'utilisation d'appareils de contention, le secteur des soins actifs et de longue durée, la formation et l'éducation, ainsi que d'autres thèmes.

En **2024**, les thèmes des recommandations ont été révisés pour tous les comités d'examen des décès au sein du BCC afin de favoriser une approche plus uniforme et normalisée à l'égard de la détermination et du suivi des questions. Par conséquent, les cas de 2024 sont analysés séparément au chapitre 3 à l'aide des thèmes mis à jour.

Entre **2004 et 2023**, le Comité a examiné un total de **412 décès** et a formulé **1 007 recommandations** visant à prévenir d'autres décès. En moyenne, le Comité a examiné **21 cas** et a formulé environ **50 recommandations** par année.

Il est reconnu qu'il existe une partialité inhérente quant aux décès qui font l'objet d'un examen (la plupart des décès étant des renvois discrétionnaires au Comité en raison de la présence de préoccupations et de questions soulevées). Il est également possible que l'attribution de certains thèmes aux cas et aux recommandations soit partielle. Il est toutefois reconnu qu'indépendamment de cette éventuelle partialité, des thèmes récurrents se sont dégagés au fil des ans.

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

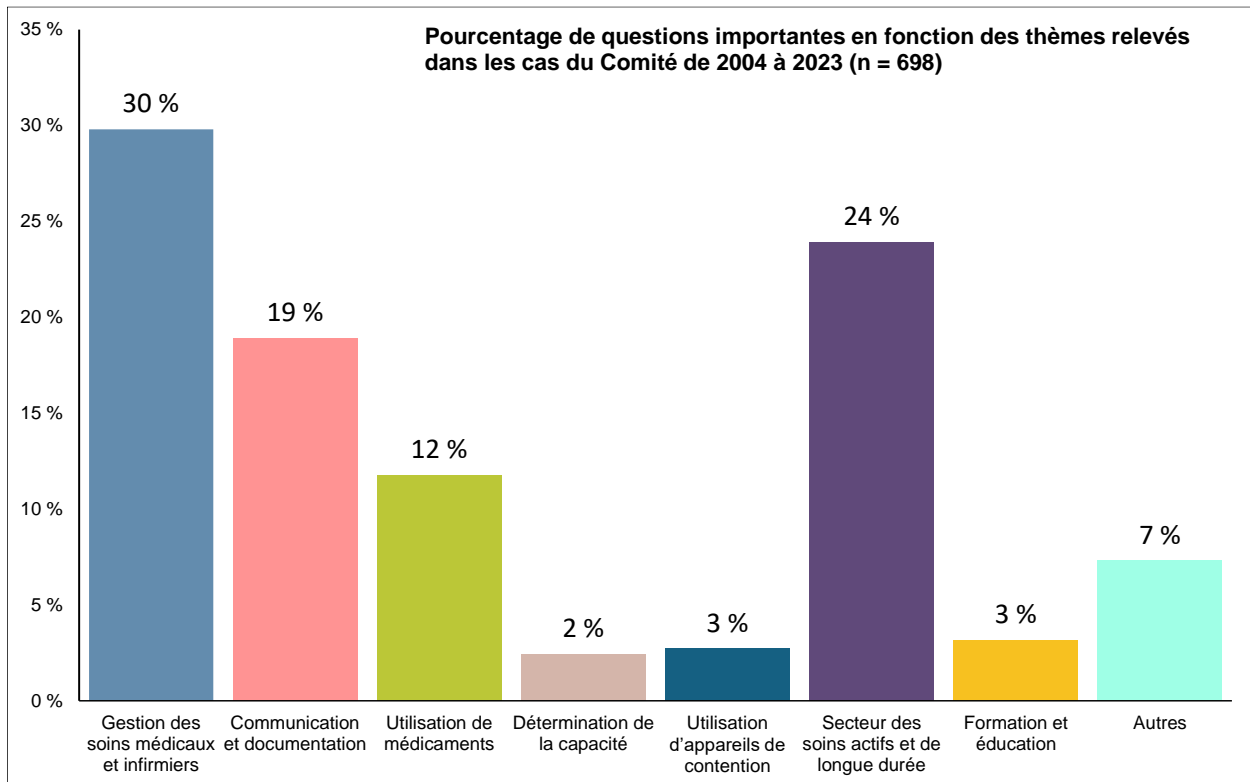
- Une analyse des thèmes fondée sur les cas individuels examinés;
- Une analyse des thèmes fondée sur les recommandations individuelles formulées.

L'analyse des cas et des recommandations permet d'observer des tendances générales concernant les thèmes qui se dégagent relativement aux décès ayant fait l'objet d'un renvoi et d'un examen du Comité, comparativement aux thèmes qui se dégagent des recommandations précises formulées par le Comité.

Les tendances fondées sur les thèmes des **cas** permettent de relever les problèmes présents dans les cas de décès qui sont renvoyés au Comité aux fins d'examen. Ces constatations permettent de déterminer s'il existe une tendance dans les types de cas qui sont renvoyés et examinés.

Les tendances fondées sur les thèmes des **recommandations** permettent de relever les questions qui ont été soulevées et traitées dans les recommandations visant à prévenir d'autres décès. Une tendance dans les thèmes des recommandations permet de relever les domaines précis où l'on a proposé d'apporter des changements, de prendre des mesures ou d'accorder une attention.

**Graphique 1 : Pourcentage de questions importantes en fonction des thèmes relevés dans les cas du Comité de 2004 à 2023**

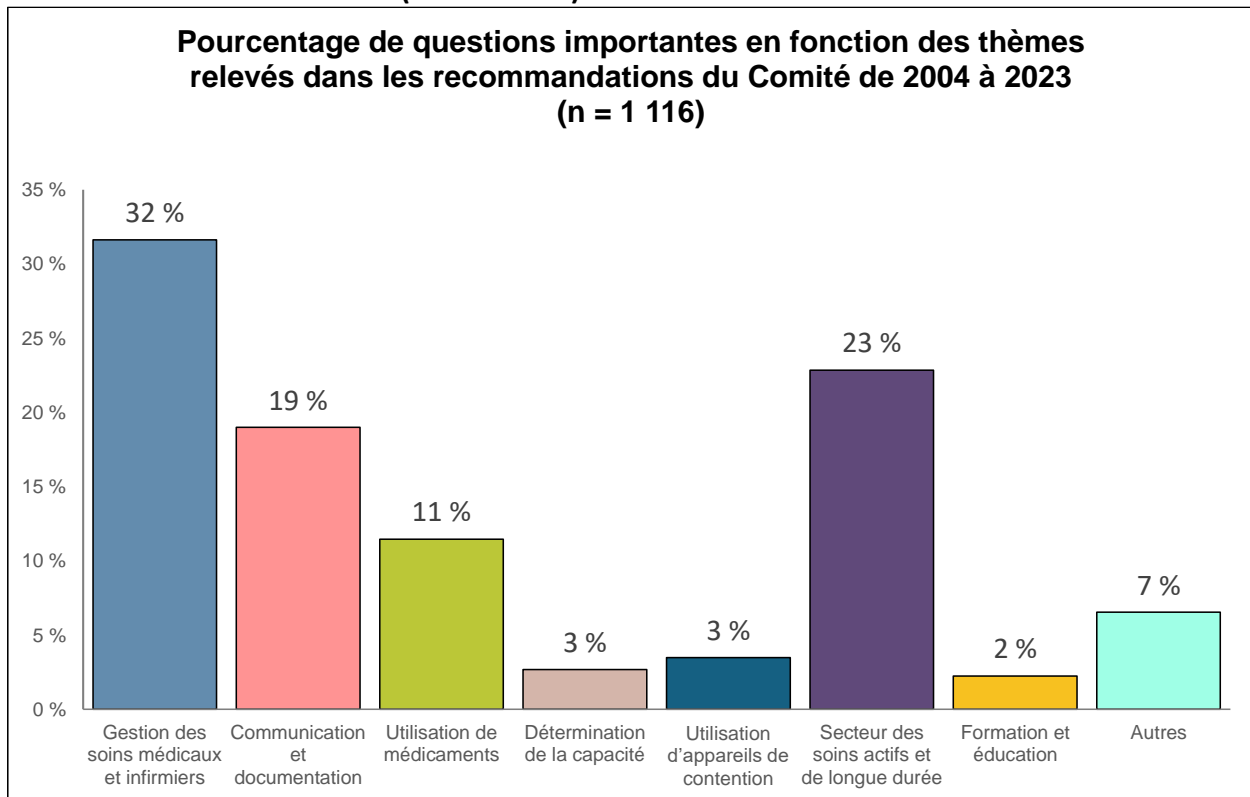


De 2004 à 2023, le Comité a examiné un total de 412 décès. **Dans de nombreux cas, plus d'un thème ou d'une question a été attribué.**

\*Remarque : « Autres » comprend les observations qui ne s’inscrivent dans aucun des autres thèmes énumérés, notamment en ce qui concerne la recherche, la collecte de données, le renvoi à un autre comité, ministère ou secteur juridique, ou qui sont propres à un cas.

Le **graphique 1** montre que dans 30 % des cas examinés par le Comité de 2004 à 2023, des questions liées à la gestion des soins médicaux et infirmiers ont été relevées. Viennent ensuite, dans 24 % des cas, les questions liées à l’industrie des soins actifs et de longue durée (y compris le ministère de la Santé [MSAN] et le ministère des Soins de longue durée [MSLD]) et, dans 19 % des cas, les questions liées à la communication et à la documentation. Les autres thèmes clés comprenaient l’utilisation de médicaments chez les personnes âgées (12 %), l’utilisation d’appareils de contention (3 %), la formation et l’éducation (3 %), ainsi que la détermination du consentement et de la capacité/ordonnance de ne pas réanimer (2 %) et autres (7 %).

**Graphique 2 : Pourcentage de questions importantes en fonction des thèmes relevés dans les recommandations du Comité (2004 à 2023)**



De 2004 à 2023, le Comité a formulé 1 007 recommandations visant à prévenir d’autres décès. **Pour certaines recommandations, plus d’un thème ou d’une question a été attribué.**

\*Remarque : « Autres » comprend les observations qui ne s’inscrivent dans aucun des autres thèmes énumérés, notamment en ce qui concerne la recherche, la collecte de données, le renvoi à un autre comité, ministère ou secteur juridique, ou qui sont propres à un cas.

Le **graphique 2** montre les thèmes et questions communs attribués aux recommandations individuelles formulées dans les cas examinés entre 2004 et 2023. Certaines recommandations complexes peuvent avoir été consignées comme comportant plus d'un thème ou d'une question. Au total, 32 % de toutes les recommandations formulées concernaient la gestion des soins médicaux ou infirmiers, tandis que 23 % des recommandations étaient axées sur le secteur des soins actifs et de longue durée, y compris le MSAN et le MSLD. Les autres thèmes et questions présents étaient liés à la communication et à la documentation (19 %), à l'utilisation de médicaments chez les personnes âgées (11 %), à la détermination de la capacité et du consentement au traitement ou l'ordonnance de ne pas réanimer (3 %), à l'utilisation d'appareils de contention (3 %), à la formation et à l'éducation (2 %) et autres (7 %).

À compter de 2024, les thèmes ont été mis à jour pour l'ensemble des comités d'examen des décès, et l'analyse future pour l'aperçu statistique reflétera dorénavant cette nouvelle approche.

### Chapitre 3 : Cas examinés en 2024

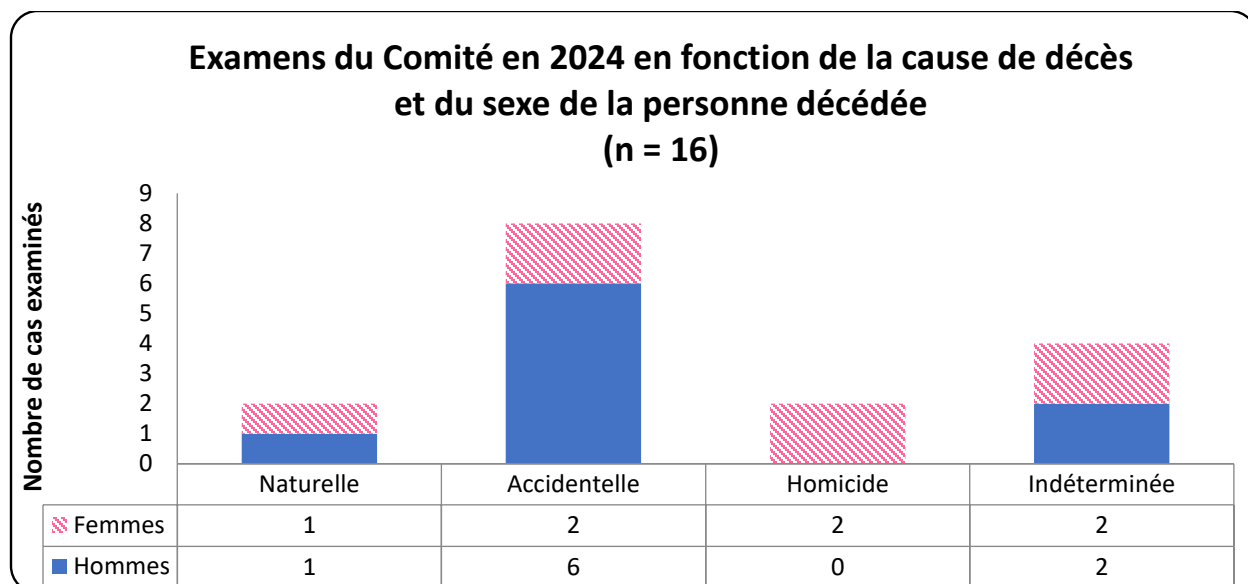
En **2024**, le Comité a examiné **16 cas** concernant le décès de **16 personnes (9 hommes et 7 femmes)**, y compris des résidents de FSLD (10 personnes) et de maisons de retraite (1 personne).

Parmi les cas examinés en 2024, un des décès est survenu en 2019, un en 2020, deux en 2021, trois en 2022, huit en 2023 et un en 2024.

Un résumé des cas examinés et des recommandations formulées en 2024 figure à l'**annexe A**.

<b>Âge moyen de la personne décédée dans les cas examinés en 2024</b>	
Hommes	80 ans
Femmes	88 ans
Âge moyen de toutes les personnes décédées	84 ans

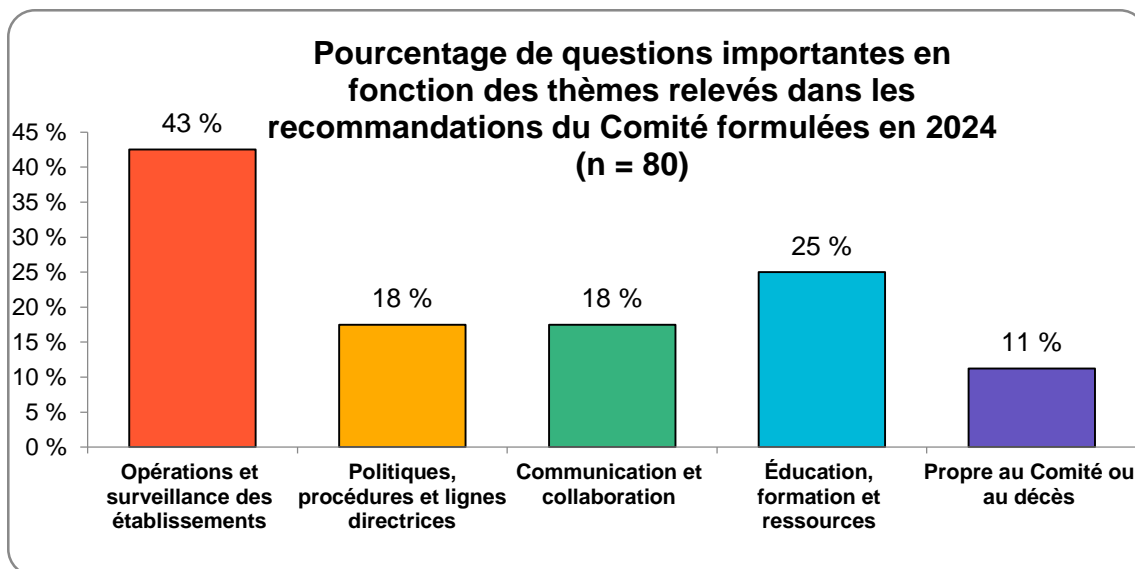
**Graphique 3 : Examens du Comité en 2024 en fonction de la cause de décès et du sexe de la personne décédée**



Le **graphique 3** montre la répartition des cas examinés par le Comité en fonction de la cause de décès et du sexe biologique assigné à la naissance de la personne décédée. Des 16 décès examinés, 2 étaient de cause naturelle (1 femme et 1 homme), 8 étaient de cause accidentelle (2 femmes et 6 hommes), 2 étaient des homicides (2 femmes) et 4 étaient de cause indéterminée (2 femmes et 2 hommes); aucun décès par suicide n'a été examiné.

En 2024, le Comité a formulé **80 recommandations** visant à prévenir d'autres décès. Les recommandations formulées par le Comité sont communiquées aux personnes, établissements, ministères, organismes, groupes d'intérêt, professionnels de la santé (et leurs organismes d'attribution des permis) et coroners concernés. Les organismes et organisations en mesure de mettre en œuvre les recommandations sont invités à répondre au BCC dans un délai de six mois. Ces organisations sont encouragées à rendre compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations qui leur sont adressées. Les recommandations et les réponses connexes sont accessibles sur demande.

**Graphique 4 : Pourcentage de questions importantes en fonction des thèmes relevés dans les recommandations du Comité formulées en 2024**



*\*Remarque : Pour certaines recommandations, plus d'un thème ou d'une question a été attribué.*

Le **graphique 4** montre les thèmes et questions attribués aux recommandations formulées à la suite des décès examinés en 2024, à l'aide des nouvelles catégories de thèmes adoptées pour les comités d'examen des décès du BCC cette année-là. Les thèmes et questions les plus fréquemment relevés étaient liés aux domaines suivants : opérations et surveillance des établissements (43 %), éducation, formation et ressources (25 %), politiques, procédures et lignes directrices (18 %), communication et collaboration (18 %) et propre au Comité ou au décès (11 %).

Il est admis que les questions relevées et toute tendance qui en découle sont fondées sur les décès qui ont été renvoyés aux fins d'examen. À l'exception de l'examen des homicides au sein des FSLD, qui est obligatoire (conformément à la politique du BCC), tous les autres renvois sont de nature discrétionnaire. Il est admis que la nature discrétionnaire de certains renvois peut donner lieu à des tendances fondées sur des questions ou des préoccupations qui ont été déterminées comme des domaines nécessitant une attention et une analyse plus approfondies.

## Chapitre 4 : Observations tirées des examens du Comité en 2024

En 2024, le Comité a examiné les décès concernant des personnes âgées dans des FSLD, des maisons de retraite et en milieu communautaire. À l'instar des années précédentes, les recommandations soulignent l'importance d'une reconnaissance et d'une prise en charge précoces des problèmes de santé, d'une communication interdisciplinaire et d'une planification coordonnée des soins.

Plusieurs cas reflètent les difficultés rencontrées en matière de surveillance et de sécurité des résidents des FSLD et des maisons de retraite, notamment l'accès à des aliments inappropriés

ou à des articles dangereux, la sensibilisation limitée du personnel aux besoins alimentaires ou cognitifs, et les risques associés aux milieux de vie partagés. Le Comité a également examiné des cas d'agression entre résidents, où il y a eu des retards dans l'évaluation psychiatrique et un manque d'uniformité dans l'intensification des soins.

En milieu communautaire, l'absence d'un fournisseur de soins primaires et le manque de services de soins à domicile ont contribué à des besoins non satisfaits en matière de soins et à un déclin de l'état de santé. Certains soignants n'étaient pas en mesure de répondre à des besoins complexes en matière de soins en raison de leurs propres état de santé ou problèmes de santé mentale. Les cas ont également soulevé des préoccupations concernant l'isolement social, la sécurité de l'environnement et l'orientation dans le système, plus particulièrement en l'absence de services de soins à domicile.

Dans un établissement de soins actifs, le comité a examiné un cas d'utilisation non reconnue d'un appareil de contention qui a entraîné un événement de quasi-asphyxie. L'incident a mis en évidence des lacunes dans la formation, la documentation et la surveillance du personnel, même lorsqu'il existe une politique sur l'utilisation d'appareils de contention.

La mise en œuvre de nouveaux thèmes de recommandation en 2024 a favorisé une approche plus normalisée et structurée au sein de tous les comités d'examen des décès. Cette uniformité renforcera l'analyse future des données et contribuera à la détermination de tendances plus générales au niveau du système.

Le Comité est reconnaissant du dévouement des personnes chargées de la prestation de soins aux personnes âgées dans l'ensemble de l'Ontario. Les professionnels et les soignants qui travaillent dans ce secteur s'acquittent avec compétence et engagement de la tâche cruciale qui consiste à soutenir un segment vulnérable de notre population. Nous espérons que les renseignements et les recommandations découlant des examens du Comité aideront ces personnes à améliorer leurs pratiques de soins, à garantir de meilleurs résultats pour les personnes dont elles s'occupent et à rassurer les familles sur le fait que leurs proches reçoivent les meilleurs soins possible.

## ANNEXE A : Résumé des cas et recommandations de 2024

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recommand.	Résumé des cas	Recommandations
GLTCRC-2024-01A GLTCRC-2024-1B	2	<p>Asphyxie causée par l'étouffement avec de la nourriture dans les FSLD :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La personne décédée était un homme de 88 ans atteint de démence avancée qui est décédé après s'être étouffé en mangeant un sandwich.</li> <li>2. La personne décédée était un homme de 88 ans atteint de démence avancée. Il s'est étouffé après que sa femme lui a donné de la nourriture provenant de son plateau.</li> </ol> <p>Dans les deux cas, les personnes décédées souffraient de dysphagie et s'étaient vu prescrire des régimes alimentaires ne comprenant pas d'aliments solides.</p>	<p><b>Opérations et surveillance des établissements et Communication et collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lorsque les résidents reçoivent des plateaux de nourriture dans leur chambre et que les résidents d'une même chambre suivent des régimes alimentaires à texture différente, le personnel doit les surveiller pendant qu'ils mangent, puis retirer les plateaux de la chambre. Les plans de soins doivent être tenus à jour en ce qui concerne la texture des régimes alimentaires.</li> </ol> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Garantir un environnement sécuritaire et exempt de dangers : la formation du personnel doit comprendre un enseignement sur les risques liés à l'environnement des FSLD. Des contrôles de sécurité doivent être effectués quotidiennement pour détecter les risques tels que les médicaments, les objets pointus, les toxines ou même les aliments à texture solide. Les résidents ne doivent pas être autorisés à se rendre dans les zones de soutien du foyer qui ne sont pas conçues pour les</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			personnes vulnérables (bureaux, cuisines, salles de fournitures).
GLTCRC-2024-02	10	La personne décédée était une femme de 94 ans atteinte de démence, vivant dans un FSLD. Elle a été poussée par un autre résident et est décédée des suites de blessures contondantes à la tête.	<p><b>Communication et collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le médecin et le membre du personnel infirmier praticien doivent être informés de tous les actes de violence commis par les résidents et intervenir à cet égard. Ces professionnels doivent consigner leur intervention.</li> </ol> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Les comportements violents commis par un résident à l'endroit d'un autre résident doivent être traités en urgence. Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) est l'une des nombreuses interventions possibles. Les autres interventions comprennent l'intervention précoce de spécialistes, notamment en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie (en personne ou virtuellement), la prise en considération de l'intervention de la police, la prise en considération d'une Formule 1, la prise en considération de l'aiguillage vers un programme de stabilisation (p. ex. une place dans un programme d'accès centralisé spécialisé pour les aînés).</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Propre au Comité ou au décès</b></p> <p>3. Un comportement de démence inhabituel peut nécessiter des soins plus spécialisés et multidisciplinaires (p. ex. la démence frontotemporale).</p> <p><b>Communication et collaboration et Propre au Comité ou au décès</b></p> <p>4. La Formule 1 et l'intervention de la police peuvent être envisagées en cas d'intensification de la violence chez les résidents.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>5. La violence chez les résidents doit être traitée comme une urgence médicale et il faut obtenir de l'aide auprès de plusieurs sources, y compris le Projet OSTC.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>6. Les cliniciens doivent examiner les nouvelles recommandations de la trousse d'outils Behaviours in Dementia Toolkit de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées pour une approche à l'égard du traitement des résidents ayant des comportements difficiles (<a href="https://behavioursindementia.ca/">https://behavioursindementia.ca/</a>).</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Opérations et surveillance des établissements <u>et</u> Propre au Comité ou au décès</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Envisager le financement d'un établissement approprié pour les résidents violents atteints de problèmes psychiatriques tels que la démence et ayant des comportements réactifs.</li> <li>8. Il convient d'envisager l'élaboration d'un cheminement clinique pour les résidents présentant des comportements potentiellement violents, en particulier pour les cliniciens exerçant en région rurale.</li> <li>9. Envisager d'augmenter le financement et la disponibilité du personnel selon le principe d'un membre du personnel pour un résident pour les résidents agressifs.</li> </ul> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Le financement de la recherche sur les agressions entre résidents doit être assuré.</li> </ul>
GLTCRC-2024-03	6	La personne décédée était un homme de 91 ans atteint de démence avancée et admis dans une unité d'un autre niveau de soins (ANS) d'un hôpital de soins actifs. Il est décédé à la suite d'un épisode de quasi-asphyxie alors qu'il se trouvait dans un fauteuil roulant équipé d'une ceinture	<p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. L'éducation concernant les appareils de contention doit s'adresser à l'ensemble de l'équipe de soins de santé et ne pas être axée uniquement sur le personnel infirmier. Un processus doit être mis en place pour communiquer les préoccupations concernant la</li> </ul>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		abdominale.	<p>sécurité des appareils de contentions lorsqu'elles sont soulevées.</p> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>2. Les hôpitaux et les FSLD doivent conseiller aux familles de ramener leur proche au poste de soins infirmiers ou dans l'aire commune après avoir quitté l'unité, afin de veiller à ce que les mesures de sécurité appropriées soient mises en place lorsqu'il retourne dans sa chambre ou son lit.</p> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>3. Lors de la prescription d'une ceinture abdominale, un « calendrier de port » ou des directives d'utilisation doivent également être fournis. Des solutions de rechange à la ceinture abdominale pour le positionnement doivent être envisagées, telles que les coussins en coin et les fauteuils roulants inclinables. L'ergothérapeute doit évaluer la capacité de l'utilisateur de détacher la boucle de ceinture et, s'il en est incapable, retirer la ceinture abdominale ou appliquer la politique sur les appareils de contention de l'établissement.</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recommand.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Une ceinture abdominale ne doit pas être fournie avec un fauteuil roulant, sauf si le thérapeute prescripteur le demande.</li> <li>5. Santé Canada doit demander aux fabricants de ceintures abdominales d'examiner des mécanismes de déverrouillage plus faciles.</li> <li>6. Le présent rapport doit être examiné par le Comité de la qualité.</li> </ol>
GLTCRC-2024-04	7	<p>La personne décédée était une femme de 90 ans atteinte de démence légère et d'un déclin fonctionnel, vivant dans un FSLD. Elle a été poussée physiquement par un autre résident atteint du syndrome de démence, ce qui a entraîné une chute. Sa santé s'est détériorée et elle est décédée de cardiopathie artérioscléreuse et hypertensive, en tant que personne victime d'agression physique.</p>	<p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La « normalisation » de la violence doit être prise en compte lors de l'élaboration de la Stratégie ontarienne en matière de démence par le MSLD.</li> </ol> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Le MSLD doit envisager, dans le cadre de la configuration d'une approche systémique à l'égard des comportements réactifs et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), l'établissement d'un nombre accru d'unités de soutien comportemental non transitoires dans les FSLD pour</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>des personnes soigneusement sélectionnées présentant des symptômes comportementaux graves et prolongés, dotées de ressources et d'un personnel adéquats, ainsi que de personnes formées pour gérer les SCPD, dans l'ensemble de la province.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>3. Il faut continuer à augmenter les ressources à l'appui de la formation et de l'éducation du personnel des FSLD et des médecins dans la gestion des comportements réactifs et des SCPD, ainsi qu'à l'appui de l'augmentation des effectifs dans les FSLD en vue d'atténuer les comportements réactifs par opposition aux besoins fonctionnels de base.</p> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>4. On ne soulignera jamais assez l'importance de la concordance linguistique des soins dans le cadre d'une approche axée sur le patient pour les personnes atteintes de démence et de SCPD qui n'ont pas ou plus la capacité de communiquer dans la langue prédominante du FSLD. La réorientation s'est avérée la plus efficace lorsqu'elle était offerte dans la langue maternelle du patient.</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>5. Les organismes de financement de la recherche doivent envisager l'affectation de ressources à l'étude de stratégies d'évaluation, de prévision et de gestion de la violence entre résidents dans les FSLD, en accordant une attention aux variations entre les différents FSLD.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>6. Les médecins doivent se rendre sur place pour évaluer le patient chaque fois qu'un changement d'état est observé.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>7. Les médecins des FSLD doivent recevoir une formation supplémentaire pour prendre en compte les lignes directrices à jour sur la prise en charge des symptômes comportementaux de la démence. L'huile de cannabidiol (CBD), le tétrahydrocannabinol (THC) et d'autres molécules liées au cannabis ne constituent pas une approche fondée sur des données probantes à l'égard des SCPD.</p>
GLTCRC-2024-05	9	La personne décédée était une femme de 72 ans vivant en milieu communautaire et était la soignante de son conjoint qui présentait des SCPD. Elle a	<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>1. Les ministères doivent examiner conjointement le caractère adéquat des unités de patients</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		<p>été agressée physiquement par son conjoint et est décédée des suites de complications liées à un traumatisme crânien fermé.</p>	<p>hospitalisés dans les hôpitaux et des unités spécialisées dans les FSLD afin de garantir un accès facile aux personnes vivant en milieu communautaire atteintes de démence et de SCPD susceptibles de les exposer, ainsi que leurs soignants, à un risque de préjudice.</p> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>2. La planification de l'obtention du congé de l'hôpital chez les patients atteints de démence doit comprendre un plan de sécurité et de soutien propre à la situation du patient et accepté par toutes les parties.</p> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>3. La planification de l'obtention du congé de l'hôpital doit tenir compte de l'état du placement du patient dans un FSLD et de la communication avec les coordonnateurs des placements.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements et Propre au Comité ou au décès</b></p> <p>4. Les fournisseurs de soins primaires doivent disposer de mécanismes permettant de désigner les soignants et d'assurer régulièrement un suivi de leur bien-être, y compris l'évaluation du fardeau et des</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>risques pour les soignants (p. ex. la KSCA, évaluation normalisée des soignants de Kingston).</p> <p>5. Les fournisseurs de soins primaires doivent posséder les compétences requises en matière d'évaluation des capacités et des capacités cognitives et ne pas dépendre uniquement de fournisseurs et d'équipes spécialisés pour ces évaluations.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>6. Les coordonnateurs des soins doivent assurer régulièrement un suivi auprès de tous les patients inscrits sur la liste d'attente des FSLD. Cela doit comprendre une évaluation du potentiel de violence et du risque de préjudice.</p> <p>7. Les services de soutien en santé mentale doivent évaluer le risque de violence, surtout chez les patients atteints de démence. Cette évaluation doit comprendre un processus de signalement des changements de comportement et de planification de la sécurité (p. ex. le processus de vérification auprès des partenaires dans le cadre des programmes d'intervention</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>auprès des partenaires violents).</p> <p>8. Tous les services du secteur de la santé doivent comprendre une évaluation du risque de violence chez les patients atteints de démence et de SCPD.</p> <p><b>Propre au Comité ou au décès</b></p> <p>9. Les services de proximité pour le soutien aux soignants doivent être accessibles aux personnes âgées de la collectivité.</p>
GLTCRC-2024-06	9	<p>La personne décédée était un homme de 67 ans atteint de diabète et de démence, vivant dans un FSLD. Il a aspiré une prothèse partielle, que l'on supposait perdue. Il est décédé d'une perforation de l'œsophage en raison de la présence d'un corps étranger dans l'hypopharynx.</p>	<p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>1. L'évaluation médicale d'un résident qui refuse de s'alimenter et qui présente un risque de dysphagie doit comprendre un examen approfondi du pharynx et du cou. En outre, cela doit faire partie intégrante d'une politique lorsqu'un dentier est manquant ou disparu.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>2. Mettre en œuvre des séances de formation obligatoires et périodiques pour l'ensemble du personnel, y compris les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), sur la reconnaissance et la prise en charge de la dysphagie et de l'aspiration.</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Renforcer la surveillance des résidents présentant un risque élevé d'aspiration.</li> <li>4. Mettre en place la réalisation d'audits périodiques pour évaluer les compétences du personnel en matière d'alimentation et le respect de la politique d'alimentation risquée.</li> <li>5. Réévaluer la délégation des soins infirmiers buccodentaires (c.-à-d. l'alimentation) aux fournisseurs de soins non réglementés ou aux PSSP pour les résidents des FSLD lorsqu'un diagnostic de dysphagie a été confirmé et qu'il existe un risque connu d'aspiration.</li> </ol> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Envisager l'aiguillage vers un hygiéniste dentaire des résidents dont les dentiers sont mal ajustés ou branlants, afin de favoriser une alimentation en toute sécurité.</li> <li>7. Examiner une politique de gestion proactive des dentiers, tenant compte des difficultés de déglutition et des régimes alimentaires individualisés. Les efforts de collaboration entre</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>les professionnels de la santé, notamment les diététistes, le personnel infirmier et le personnel de soutien, peuvent contribuer à prévenir les complications et à optimiser les soins nutritionnels.</p> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>8. Discuter des « objectifs de soins » avec tous les résidents et mandataires spéciaux en présence d'un diagnostic de dysphagie.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>9. Étudier l'utilisation de la technologie dans les FSLD pour retrouver les dentiers disparus. L'IRF (identification par radiofréquence) désigne un système sans fil composé de deux éléments : les puces et les lecteurs.</p>
GLTCRC-2024-07	2	La personne décédée était un homme de 75 ans aux antécédents médicaux complexes qui vivait à domicile avec son fils (soignant principal). Des préoccupations ont été exprimées concernant les soins prodigués à domicile à la personne décédée ainsi que l'absence de soins primaires à la suite du départ à la retraite de son médecin de famille. Il est décédé à son domicile des suites d'une pneumonie acquise dans la	<p><b>Politiques, procédures et lignes directrices et Communication et collaboration et Éducation, formation et ressources</b></p> <p>1. On rappelle à tous les établissements de soins santé qu'au moment d'accorder aux patients vulnérables leur congé, l'évaluation de la capacité des soignants de fournir les soins nécessaires doit faire partie du processus d'autorisation de sortie.</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		collectivité.	<p><b>Éducation, formation et ressources et Propre au Comité ou au décès</b></p> <p>2. Étant donné que le gouvernement provincial a du mal à fournir des soins primaires à tous ses résidents, il faut veiller à ce que les personnes âgées ne soient pas défavorisées dans ce processus.</p>
GLTCRC-2024-08	3	<p>La personne décédée était un homme de 84 ans atteint de parkinsonisme lié au traitement de la schizophrénie et de démence légère, vivant dans un FSLD. Il a développé une dysphagie sévère et a connu plusieurs épisodes d'aspiration. Il a reçu les recommandations d'un orthophoniste à la suite de l'évaluation de sa déglutition. Le jour de l'incident, il a été nourri par son PSSP. L'approche recommandée pour l'alimentation n'a pas été suivie, ce qui a entraîné une toux, un gargouillement et une accumulation de nourriture dans la bouche. Il est décédé d'une pneumonie par aspiration, le décès étant attribuable à l'étouffement et à l'aspiration causée par la dysphagie.</p>	<p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>1. Mettre en œuvre des séances de formation obligatoires et périodiques pour l'ensemble du personnel, plus particulièrement les PSSP, sur la reconnaissance et la prise en charge de la dysphagie et de l'aspiration. Inclure des directives sur le respect des recommandations de l'orthophoniste et du diététiste professionnel, sur la reconnaissance des signes d'aspiration (p. ex. toux, gargouillement, accumulation de nourriture dans la bouche) et sur les procédures d'intervention d'urgence en cas d'étouffement.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>2. Un membre du personnel infirmier autorisé ou du personnel infirmier auxiliaire autorisé doit être immédiatement disponible pour superviser l'alimentation des résidents présentant un risque</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>élevé d'aspiration.</p> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>3. Mettre en place la réalisation d'audits périodiques pour évaluer les compétences du personnel en matière d'alimentation et le respect de la politique d'alimentation risquée.</p>
GLTCRC-2024-09	5	<p>La personne décédée était un homme de 82 ans atteint de fibrose pulmonaire dépendante de l'oxygène, vivant dans un FSLD et nécessitant une surveillance étroite. Son PSSP l'a accompagné jusqu'aux toilettes et l'a aidé à s'y asseoir. Une heure plus tard, il a été retrouvé affaissé sur la toilette, son tube d'oxygène débranché de son concentrateur d'oxygène. Il est décédé d'une fibrose pulmonaire en phase terminale et la cause de décès a été déclarée comme indéterminée.</p>	<p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>1. Il faut envisager des alarmes, des dispositifs de sécurité et des exigences relativement aux tubes et appareils d'oxygène (blindés/résistants à l'entortillement ou à l'écrasement, absence de débit d'oxygène). La législation sur les FSLD doit prévoir des normes minimales pour les concentrateurs et l'Ontario pourrait envisager d'utiliser la norme ISO 8061-2-69:2020 comme norme réglementaire.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>2. Mettre à jour le modèle de rapport pour les enquêtes sur les décès liés à l'oxygène pour les enquêteurs des FSLD afin d'y inclure des renseignements sur les appareils.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>3. La formation du personnel sur la</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>sécurité de l'oxygénothérapie doit être examinée.</p> <p>4. Les protocoles de relais du personnel doivent être examinés.</p> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>5. Mettre à jour le modèle d'enquête pour les enquêtes sur les décès liés à l'oxygène.</p>
GLTCRC-2024-10	2	<p>La personne décédée était une femme de 84 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer modérément avancée et ayant des antécédents de chutes fréquentes, vivant à domicile avec le soutien de sa famille, en attente d'une admission dans un FSLD. En raison des obligations professionnelles de sa famille, elle était laissée seule pendant certaines périodes et était surveillée par des caméras vidéo. Elle a fait une chute qui n'a pas été filmée, car elle était hors de portée des caméras et a été retrouvée plusieurs heures plus tard par sa famille. Elle est décédée trois jours plus tard à l'hôpital d'une rhabdomyolyse, complication de la chute.</p>	<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>1. Mettre en place un soutien provincial constant pour normaliser les modalités de surveillance à distance afin d'aider les patients à vieillir à domicile en toute sécurité, en garantissant à la fois l'égalité d'accès et la qualité.</p> <p>2. La période qui s'écoule entre le moment où un patient est autorisé à recevoir des soins de longue durée et celui où il est effectivement admis en FSLD peut durer de nombreux mois, voire des années. Veiller à ce que les besoins en matière de soins soient satisfaits pour soutenir le patient et sa famille pendant cette période d'attente.</p>
GLTCRC-2024-11	5	<p>La personne décédée était un homme de 80 ans atteint de démence vasculaire et ayant des antécédents médicaux complexes, vivant à son</p>	<p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>1. Appuyer la mise en œuvre de « tables d'intervention » régionales où les cliniciens, les ambulanciers paramédicaux, les</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		<p>domicile avec sa femme (soignante principale). Il a été retrouvé décédé dans son appartement, sur le plancher du salon. Sa femme était présente dans l'appartement et présentait un certain degré de détresse psychologique et des antécédents connus de troubles de santé mentale graves. Des préoccupations ont été exprimées concernant les soins fournis et le risque éventuel de maltraitance des personnes âgées. Il est décédé des suites d'une athérosclérose coronarienne et d'une cardiopathie hypertensive, le diabète étant un facteur de contribution.</p>	<p>fonctionnaires municipaux, les services de police communautaires et d'autres services de soutien locaux peuvent se réunir régulièrement pour examiner et régler des situations cliniques sociales complexes, ainsi qu'en discuter (p. ex. les tables SPIDER [Specialized program for Inter-divisional Enhanced Response to Vulnerability] dans la ville de Toronto).</p> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Appuyer l'intégration des soins pour éliminer les cloisonnements des soins (hôpitaux, soins primaires, fournisseurs de soins médicaux et psychiatriques, fournisseurs de services sociaux communautaires, services paramédicaux) en tant que norme de base en matière de soins partout en Ontario. Cela comprendrait l'élaboration et le soutien de normes sur la qualité des soins pour les soins intégrés.</li> </ol> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Créer un « intervenant en faveur des personnes âgées » en tant qu'agent indépendant de l'Assemblée législative chargé de jouer le rôle</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>d'ombudsman, afin de rendre compte des difficultés systémiques rencontrées au sein des différents ministères par les personnes âgées qui tentent d'accéder aux services et de formuler des recommandations en vue d'apporter des améliorations.</p> <p>4. Mettre en place un système officiel de signalement des cas de maltraitance des personnes âgées, ainsi que d'enquête et de redressement à cet égard, afin de permettre au public et aux professionnels de la santé de signaler les cas présumés de maltraitance des personnes âgées.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>5. Suivre une formation sur la maltraitance des personnes âgées et la négligence à l'égard des personnes âgées par l'intermédiaire de Prévention de la maltraitance envers les aînés Ontario(PMAO). Les régions locales établissent et entretiennent des réseaux de lutte contre la maltraitance des personnes âgées afin de faciliter la prestation de soins en équipe pour les personnes et les familles à risque.</p>
GLTCRC-2024-12	3	La personne décédée était un homme de 69 ans atteint d'une hémiparésie droite et	<p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>1. Ce cas doit être aiguillé à l'hôpital de soins actifs pour un</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		<p>d'aphasie à la suite d'un accident vasculaire cérébral antérieur, vivant dans un FSLD. Il avait besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer et d'un dispositif mécanique de levage pour les transferts. Il est décédé des suites de complications d'une fracture de la hanche sous-capitale gauche et d'une intervention chirurgicale. La date et la cause ou le mécanisme de la fracture sont inconnus.</p>	<p>examen de la qualité de la prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV) périopératoire, conformément aux lignes directrices recommandées.</p> <p>2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins de santé que les fractures de la hanche peuvent se manifester par des douleurs atypiques et qu'ils doivent prêter tout particulièrement attention à la présence d'une pathologie de la hanche chez les patients immobiles, incapables de communiquer, dépendants de soins ou désorientés.</p> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>3. Un examen approfondi du résident et des examens appropriés doivent être effectués en cas de changement de la cotation de la douleur afin de déterminer la source de la douleur.</p>
GLTCRC-2024-13	5	<p>La personne décédée était une femme de 98 ans atteinte de démence et de fragilité, vivant dans un FSLD. Son état de santé s'est progressivement détérioré à la suite d'une infection à la COVID-19. Elle a développé une dysphagie qui a empiré après l'infection à la COVID-19 avec des épisodes de toux pendant et après les</p>	<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>1. Les FSLD doivent disposer d'un mécanisme permettant de transmettre les rapports de laboratoire et d'imagerie diagnostique à un échelon supérieur lors de la réception de résultats critiques.</p> <p>2. Lorsqu'ils examinent les</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
		<p>repas, des vomissements et des selles molles. Elle est décédée d'une pneumonie à <i>Streptococcus intermedius</i> (organisme bactérien) et d'un empyème.</p>	<p>résultats de laboratoire, les cliniciens doivent disposer d'un mécanisme permettant d'examiner les résultats antérieurs afin de déceler les tendances pour assurer la qualité optimale des soins.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Les médecins des FSLD doivent être conscients des risques de pneumonie par aspiration chez les résidents atteints de dysphagie, plus particulièrement lorsqu'ils présentent une toux et des vomissements.</li> <li>4. Les cliniciens des FSLD doivent être conscients de la différence entre les facteurs contribuant à un changement aigu de l'état de santé et du fait que les infections chez les personnes âgées fragiles peuvent avoir une présentation atypique.</li> </ol> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Les cliniciens des FSLD doivent réexaminer les objectifs de soins avec les résidents et les mandataires spéciaux en cas de déclin grave ou progressif de l'état de santé, en intégrant une approche palliative à l'égard des soins lorsque celle-ci s'harmonise avec les objectifs de soins du résident.</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
GLTCRC-2024-14	8	<p>La personne décédée était une femme de 90 ans atteinte de démence mixte, vivant dans une maison de retraite. Pendant son séjour en maison de retraite, elle présentait trois problèmes principaux : des comportements réactifs, de l'errance et des chutes. Elle a fait deux chutes en quelques jours et on lui a diagnostiqué une hémorragie sous-durale et sous-arachnoïdienne, ainsi qu'une fracture de la branche pubienne gauche. Elle est décédée des suites de complications liées à un traumatisme crânien et pelvien contondant.</p>	<p><b>Communication et collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les chutes peuvent être considérées comme un état clinique associé à une déficience cognitive et exposant les patients à un risque élevé de blessure. Les cliniciens compétents doivent discuter de ces dangers avec les familles afin de les préparer à l'éventualité de blessures graves.</li> </ol> <p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. La politique de surveillance doit être clarifiée, notamment qui doit surveiller le patient et à quelle fréquence cette surveillance doit être assurée (ce point a également été relevé par Office de réglementation des maisons de retraite [ORMR]).</li> </ol> <p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Il faut envisager d'aiguiller les patients victimes de chutes multiples vers l'ergothérapeute, conformément au plan de soins.</li> <li>4. Chez les patients qui font des chutes, en particulier des chutes multiples, il faut envisager l'aide d'un spécialiste en gériatrie, d'une clinique spécialisée dans les chutes ou d'un pharmacien. Une telle évaluation</li> </ol>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p data-bbox="1013 394 1435 541">multidisciplinaire doit comprendre un examen continu des médicaments (en ce qui concerne la Sertraline).</p> <p data-bbox="919 590 1349 617"><b>Communication et collaboration</b></p> <p data-bbox="967 627 1430 968">5. Dans les cas où tous les facteurs de risque sont évalués, il peut être utile d'inviter la famille à participer à la discussion et de l'avertir que le patient présente un risque élevé de blessures graves. Ce processus doit être consigné dans le dossier du patient.</p> <p data-bbox="919 1016 1385 1085"><b>Communication et collaboration et Éducation, formation et ressources</b></p> <p data-bbox="967 1096 1422 1587">6. Les cliniciens chargés des soins aux patients des maisons de retraite doivent être encouragés à fournir une copie des notes médicales aux fins d'inclusion dans le dossier de la maison de retraite. Cela doit se faire dans le respect de la vie privée et des considérations éthiques. Le personnel des maisons de retraite doit poursuivre sa formation sur les chutes.</p> <p data-bbox="919 1635 1385 1663"><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p data-bbox="967 1673 1422 1896">7. Il faut mettre l'accent sur la formation portant sur le sujet des chutes en tant qu'état clinique dans le cadre de la formation et des politiques des maisons de retraite.</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p><b>Opérations et surveillance des établissements</b></p> <p>8. Il faut examiner, pour les résidents ayant des besoins plus importants en matière de soins, si la maison de retraite individuelle est en mesure de leur fournir des soins efficaces ou si une autre maison de retraite ou un FSLD est peut-être mieux adapté à leur situation, conformément à la <a href="#"><i>Loi de 2010 sur les maisons de retraite.</i></a></p>
GLTCRC-2023-15	4	La personne décédée était une femme de 89 ans qui est décédée peu de temps après avoir commencé à prendre une nouvelle combinaison médicamenteuse composée de métformine et d'empagliflozine.	<p><b>Politiques, procédures et lignes directrices</b></p> <p>1. Tous les médicaments destinés aux personnes âgées fragiles doivent être évalués en fonction de ce qui compte le plus pour le patient. Cela est tout particulièrement vrai pour les médicaments qui présentent des contre-indications relatives ou des rapports thérapeutiques/toxiques étroits, et lorsque le patient est manifestement en fin de vie.</p> <p>2. Le délire chez les patients âgés nécessite une évaluation clinique urgente, un examen des médicaments et, généralement, des examens de laboratoire également. Il faut accorder une attention particulière à la possibilité que des médicaments récemment</p>

Numéro de dossier du Comité	N <sup>bre</sup> de recomm.	Résumé des cas	Recommandations
			<p>ajoutés soient en cause.</p> <p><b>Éducation, formation et ressources</b></p> <p>3. Tout le personnel clinique des FSLD doit être en mesure de reconnaître et de signaler le délire chez les résidents, et des protocoles d'évaluation rapide doivent être mis en place.</p> <p><b>Communication et collaboration</b></p> <p>4. Il est important de tenir la famille et les soignants au courant de tous les changements de médicaments.</p>

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](mailto:occ.inquiries@ontario.ca)