



Investigation sur le décès de quatre résidents d'une maison de retraite à Toronto

Bureau du Coroner en chef de l'Ontario

Investigation sur le décès de quatre résidents d'une maison de retraite à Toronto

Rapport rédigé par le docteur Dan Cass, coroner régional principal de Toronto Ouest

En novembre 2010, il a été demandé au Bureau du coroner en chef de mener une investigation sur les décès de trois résidents de la maison de retraite In Touch (aussi connue sous le nom de la « Brick House »), à Toronto. Ces demandes provenaient de diverses sources, dont les médias, l'Advocacy Centre for the Elderly (centre d'intervention en faveur des personnes âgées) ainsi que la famille et les amis des personnes décédées. Les inquiétudes soulevées portaient sur les conditions de vie dans cette maison de retraite, la fourniture et la qualité des repas, les soins prodigués par le personnel, les possibles irrégularités dans la gestion financière de l'établissement ainsi que, dans au moins l'un des cas, des allégations de négligence marquée et de privation de nourriture.

Ces trois décès se sont produits entre février et juillet 2010. Ces personnes sont mortes à l'hôpital où elles avaient été transférées pour des raisons médicales. Aucun de ces décès n'avait été signalé au coroner au moment où ils se sont produits, et aucun des défunts n'a fait l'objet d'une autopsie. Par conséquent, l'investigation sur ces décès a dû se limiter à l'examen des dossiers médicaux et autres dossiers concernant les défunts. L'investigation sur ces décès a été menée par le docteur David Sedran, coroner investigateur.

En décembre 2010, une quatrième personne est décédée dans cette même maison de retraite. Ce décès a été signalé à un coroner et le docteur Joel Ross a mené l'investigation, y compris une autopsie. Dans le cadre de cette investigation, il a été noté que le défunt avait été récemment identifié comme exigeant plus de soins que la maison de retraite n'était en mesure de lui fournir. La possibilité avait été offerte au défunt et à son mandataire spécial de présenter une demande d'admission dans un foyer de soins de longue durée, mais ils avaient choisi de ne pas remplir le dossier de demande.

Dans chacun des quatre cas, aucun élément de preuve de mauvais traitements ou de négligence n'a été trouvé. (Il convient toutefois de noter, comme mentionné plus haut, que dans les trois premiers cas, ces conclusions étaient fondées sur l'examen des dossiers disponibles, dont l'évaluation physique au moment de l'admission à l'hôpital). Les trois premiers décès étaient dus à des causes naturelles. Le quatrième a été considéré comme accidentel (étouffement en avalant de la nourriture). L'annexe A donne des détails additionnels sur les quatre décès.

Même si les investigations n'ont décelé aucun signe de mauvais traitements ou de négligence, elles ont néanmoins mis en évidence un certain nombre de problèmes concernant les résidents de maisons de retraite, notamment :

1. le manque de mécanisme établi concernant les plaintes, qui permettrait aux résidents, à leurs mandataires spéciaux ou aux membres du public de déposer une plainte concernant les soins fournis dans une maison de retraite et d'avoir l'assurance que leurs préoccupations feront l'objet d'une enquête impartiale;
2. le manque d'obligation de procéder à une évaluation ou à une réévaluation médicale des résidents d'une maison de retraite afin de s'assurer que lorsqu'un résident a besoin de davantage de soins, la maison de retraite sera en mesure de lui fournir les soins appropriés si son état de santé se dégrade.
3. le manque de processus établi pour offrir diverses options aux résidents (ou à leurs mandataires spéciaux), en les orientant notamment, au besoin, vers le centre d'accès aux services de soins communautaires local pour remplir une demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée, lorsque la maison de retraite n'est plus en mesure de répondre aux besoins croissants en matière de soins du résident.

Par ailleurs, en 2010, la Loi sur les maisons de retraite a été déposée et a reçu la sanction royale le 8 juin 2010. En décembre 2010, le gouvernement de l'Ontario a nommé cinq administrateurs au conseil intérimaire de l'Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR), dont un directeur général / registrateur.

En juin 2011, deux coroners régionaux principaux (les docteurs Dan Cass et James Edwards) ont rencontré le directeur général / registrateur de l'ORMR afin de discuter des questions relevées dans le cadre de l'examen de ces quatre décès.

La Loi sur les maisons de retraite inclut des dispositions pour traiter des trois questions relevées ci-dessus. Plus précisément :

1. **Plaintes :**
Le paragraphe 75 (1) de la Loi sur les maisons de retraite stipule que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident d'une maison de retraite a subi un préjudice, ou risque d'en subir, doit en faire immédiatement rapport au registrateur de l'ORMR. Un tel préjudice peut résulter de l'administration d'un traitement ou de soins de façon inappropriée ou incompétente, de négligence, de mauvais traitements, d'un acte illégal ou de la mauvaise utilisation ou du détournement de l'argent du résident. Cet article de la loi est déjà en vigueur. Au moment de la rencontre avec l'ORMR, en juin 2011, six inspecteurs avaient été embauchés et sept inspections (découlant de huit plaintes) avaient été menées.
2. **Évaluation / réévaluation médicale :**
L'article 62 de la Loi sur les maisons de retraite exige qu'une personne fasse l'objet d'une évaluation médicale appropriée lors de son admission à la maison de retraite, puis d'une réévaluation tous les six mois. Sur la base de cette évaluation ou réévaluation, un programme de soins doit être élaboré qui énonce notamment les services que le résident a le droit de recevoir et le détail de ces services. Ces services peuvent être fournis par le personnel de la maison de retraite, ou par des prestataires externes. Cet article précise en outre que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre doivent avoir la possibilité de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et aux examens du programme de soins du résident.
3. **Orientation vers des organismes externes (avec options pour les soins de longue durée) :**
L'article 63 de la Loi sur les maisons de retraite exige que les résidents qui ont des besoins de services en matière de soins que la maison de retraite n'est pas en mesure de leur fournir soient informés des options possibles, notamment des possibilités d'obtenir des services additionnels auprès de prestataires externes.

Cet article stipule aussi que si un résident satisfait aux critères pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée, on doit communiquer au résident ou à son mandataire spécial des renseignements sur ces options et lui donner la possibilité de présenter une demande de placement dans un tel foyer.

Conclusions de l'examen

Compte tenu de ce qui précède, il a été conclu que les questions relevées dans le cadre de l'examen des quatre décès par le Bureau du coroner en chef ont été réglées par l'adoption de la Loi sur les maisons de retraite. Plus important encore, si un résident, un mandataire spécial ou un membre du public s'inquiète à propos des soins fournis à un résident d'une maison de retraite en Ontario, il existe désormais un mécanisme pour régler ces préoccupations, par l'intermédiaire de l'Office de réglementation des maisons de retraite. Par ailleurs, les représentants du Bureau du coroner en chef et de l'ORMR ont convenu de l'importance de collaborer et de coopérer, notamment lors des premières étapes d'une investigation sur un décès survenu dans une maison de retraite, et se sont mis d'accord sur les rôles respectifs des deux organismes.

Pour le moment, le Bureau du coroner en chef est d'avis qu'aucune autre mesure, notamment une enquête du coroner, n'est nécessaire en ce qui concerne ces quatre décès. Le Bureau du coroner en chef et le nouvel Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR) ont établi une relation de travail collaborative. Le Bureau du coroner en chef restera vigilant à l'égard de ces questions et travaillera en étroite collaboration avec l'ORMR si d'autres questions sont soulevées concernant le décès de résidents de maisons de retraite.

Annexe A – Cas examinés

N° du cas	Date d'admission à l'hôpital	Date du décès	Cause du décès	Nature du décès	Commentaires
1	17 janvier 2010	26 février 2010	Complications de colite à C. difficile par suite d'un traitement aux antibiotiques pour une pneumonie	Naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de maladie pulmonaire obstructive chronique et de maladie de Parkinson • Transfert à l'hôpital pour dyspnée; diagnostic de pneumonie • Colite à Clostridium difficile par suite d'une thérapie aux antibiotiques
2	10 juin 2010	31 juillet 2010	Complications de démence prononcée	Naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de troubles mentaux, maladie de Parkinson et troubles cérébrovasculaires • Au cours de 2 à 3 mois précédents, refusait de manger • Finalement admis à l'hôpital sur formulaire 1 (admission non volontaire) pour refus de prendre soin de soi.
3	29 juillet 2010	30 juillet 2010	Sepsie par suite possible de colite ischémique	Naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Admission à l'hôpital en raison d'une débâcle diarrhéique et d'une faible tension artérielle • Diagnostic de colite ischémique présumée avec état de choc • Développement rapide d'insuffisance de plusieurs organes
4	Sans objet	29 décembre 2010	Obstruction de voie respiratoire par suite de l'aspiration d'aliments	Accident	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de démence • Étouffement par de la nourriture alors qu'elle était nourrie par une aide personnelle