

Rapport d'enquête publique

2024-00293

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Normand Meunier

2024-04860

M^e Dave Kimpton

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	4
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	4
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	5
ANALYSE ET CONSTATS	6
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	6
HOSPITALISATION À L’HSCM DU 24 FÉVRIER AU 21 AVRIL 2022	7
SÉJOUR À L’IRGLM DU 21 AVRIL AU 18 NOVEMBRE 2022	8
HOSPITALISATION À L’HSCM DU 3 AU 27 JANVIER 2023	9
PRISE EN CHARGE PAR LE CLSC LAFONTAINE ET L’HSJ DU 27 JANVIER AU 18 DÉCEMBRE 2023	9
HOSPITALISATION À L’HSJ DU 18 AU 20 DÉCEMBRE 2023	10
HOSPITALISATION À L’HSJ DU 30 DÉCEMBRE 2023 AU 12 JANVIER 2024	11
HOSPITALISATION À L’HSJ DU 18 JANVIER AU 29 JANVIER 2024	12
SUIVI À DOMICILE PAR LE CLSC LAFONTAINE DU 30 JANVIER AU 2 FÉVRIER 2024 ET SÉJOUR HOSPITALIER À L’HSJ DU 2 AU 8 FÉVRIER 2024	15
SUIVI À DOMICILE PAR LE CLSC DU 9 AU 22 FÉVRIER 2024	16
HOSPITALISATION À L’HSJ DU 22 FÉVRIER AU 5 MARS 2024	16
DÉLIBÉRATION DE MI-RAPPORT	18
L’ÉVALUATION DU RISQUE DE PLAIES DE PRESSION ET LES MESURES PRÉVENTIVES	19
LA DOCUMENTATION ENTOURANT L’ÉVALUATION ET LE SUIVI DES PLAIES DE PRESSION	21
LE TRANSFERT D’INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION DE SOINS	22
LA GESTION DES PRIORISATIONS HOSPITALIÈRES	22
LES AIDES TECHNIQUES ET LES SURFACES THÉRAPEUTIQUES	23
LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET LE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE	25
LA RECONNAISSANCE DU RÔLE D’EXPERT ET PARTENAIRE DU BLESSÉ MÉDULLAIRE ET DE SES PROCHES	27
SYNTHÈSE DES REPRÉSENTATIONS DES PARTIES INTÉRESSÉES	28
<i>MÉMO-Québec</i>	28
<i>Ménard, Martin Avocats, procureurs de M^{me} Sylvie Brosseau et de MÉMO-Québec</i>	30
<i>McCarthy Tétrault S.E.N.C.R.L, s.r.l., procureurs des D^{rs} Ionut Helmar Efanov, Marie-Andrée Houle, Frantz Perpignan et Pierre-Olivier Tremblay</i>	30
<i>Champagne, cabinet en droit de la santé, procureurs du CISSS des Laurentides</i>	31
SYNTHÈSE DES PRINCIPALES MESURES MISES EN PLACE PAR LE CISSS DES LAURENTIDES	32
CAUSE DU DÉCÈS	34
CONCLUSION	34
RECOMMANDATIONS	36
ANNEXE I – LA PROCÉDURE	39
ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES	41
ANNEXE III - LISTE DES ACRONYMES	52

INTRODUCTION

Le 25 juin 2024, le coroner en chef du Québec, M^e Reno Bernier, ordonnait la tenue d'une enquête publique à la suite d'une demande du ministre de la Sécurité publique de l'époque, M. François Bonnardel, concernant le décès de M. Normand Meunier, survenu le 29 mars 2024.

J'ai alors été désigné afin de mener à terme cette enquête et de faire la lumière sur les causes et les circonstances entourant ce décès, d'identifier les facteurs contributifs et de formuler, le cas échéant, des recommandations en vue d'une meilleure protection de la vie humaine.

Le 21 août 2024, le D^r Marc Jalbert a été nommé assesseur pour m'assister dans le cadre de ces travaux. Je désire par ailleurs le remercier chaleureusement pour son apport exceptionnel à ce rapport ainsi que toutes les autres personnes qui ont contribué de près ou de loin à la présente enquête.

Il est maintenant indéniable pour moi, après ces travaux, que le corps d'un blessé médullaire parle un langage différent et que le personnel soignant doit apprendre à le décoder, si on veut être en mesure d'anticiper les complications médicales et de bien gérer celles-ci.

La conjointe de M. Meunier, M^{me} Sylvie Brosseau, avait acquis, au cours des années précédant son décès, la connaissance du langage du corps de son conjoint et elle était ainsi en mesure de reconnaître les signaux d'alarme. Elle a agi comme une véritable guerrière dans un parcours du combattant.

Ce constat m'amène toutefois à avoir une pensée particulière pour tous les blessés médullaires qui n'ont pas la chance d'être si bien accompagnés. J'ai un réel espoir qu'une approche globale s'inspirant de mes recommandations apportera un vent de changement et c'est nous tous, comme société, qui en serons les grands gagnants.

Au nom du Bureau du coroner, je tiens à réitérer mes plus sincères condoléances aux proches endeuillés et j'espère sincèrement que mes travaux ont pu participer à votre processus de deuil.

PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT

Il importe de mentionner que la *Loi sur les coroners* interdit aux coroners de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. Il existe des mécanismes à cet effet et des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public. Ainsi, la présente enquête n'a nullement pour objectif de se prononcer sur la responsabilité d'une personne ni de rechercher des coupables.

L'ensemble du processus appelle plutôt à la collaboration de tous, dans un intérêt commun visant la protection de la vie humaine.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Normand Meunier, âgé de 66 ans, est décédé le 29 mars 2024. Il a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

En janvier 2022, M. Meunier développe une parésie¹ progressive des quatre membres, causée par une sténose spinale cervicale dégénérative sévère avec myélopathie (compression médullaire) aux niveaux C3-C4 et C5-C6.

Le 25 février 2022, il subit une chirurgie de décompression et fusion cervicale (pour les vertèbres C3 à C6) à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM). Quatre jours plus tard, il contracte la COVID-19 et reçoit un traitement incluant des anticoagulants. Dans la nuit du 8 au 9 mars 2022, il présente une importante détérioration neurologique. C'est alors qu'un hématome épidural sous tension aux niveaux C3-C4 provoque une tétraplégie complète. Malgré un drainage chirurgical d'urgence, les séquelles neurologiques demeurent irréversibles.

Son séjour à l'HSCM se complique de pneumonies d'aspiration, d'une dysphagie et de l'apparition des premières plaies de pression au siège. Après stabilisation, il est transféré à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) le 21 avril 2022 pour réadaptation.

À l'IRGLM, malgré les efforts de réadaptation fonctionnelle intensive, puis d'intégration sociale, ses déficits neurologiques plafonnent. Trois plaies de siège se développent, soit une de stade 3 au sacrum, une de stade indéterminé à l'ischion (os du bassin) gauche, nécessitant un traitement par pression négative, et une de stade 4 à l'ischion droit. Son séjour est également marqué par un sepsis urinaire (infection bactérienne des voies urinaires qui se propage dans le sang) (août 2022) et une seconde infection à la COVID-19, compliquée d'une pneumonie (octobre 2022).

Le 18 novembre 2022, il obtient son congé de l'IRGLM vers l'HSCM, puis retourne à domicile le 21 décembre 2022. L'aide-mémoire personnalisé souligne alors l'importance cruciale d'un matelas préventif et de mobilisations aux deux heures pour préserver l'intégrité cutanée.

Le retour à domicile s'avère toutefois bref. Dès le 3 janvier 2023, il est réhospitalisé pour un état septique et une détérioration respiratoire. Les diagnostics révèlent une pneumonie d'aspiration, une infection des tissus mous aux plaies de siège avec ostéomyélite (infection de l'os) de l'ischion gauche. Une colostomie de dérivation est réalisée le 20 janvier 2023 pour éviter la contamination fécale des plaies.

Le suivi à domicile par le personnel du Centre local de services communautaires (CLSC) Lafontaine débute le 27 janvier 2023. Malgré l'engagement maximal des services et l'aide dévouée de sa conjointe, l'adaptation s'avère très difficile. Le matelas thérapeutique curatif recommandé (K-2 de Leika™) demeure inaccessible financièrement et est remplacé par un matelas bariatrique, moins adapté. Des hospitalisations brèves surviennent en mars et mai 2023 pour des cellulites, nécessitant débridements et antibiothérapie intraveineuse.

¹ Paralysie partielle, légère ou provisoire d'un ou de plusieurs muscles.

À l'automne 2023, la stomathérapeute (infirmière spécialisée notamment dans les soins de plaies et la cicatrisation) conclut que le traitement des plaies ischiales est désormais en phase de maintien, donc non curative, en raison de l'évolution chronique et des comorbidités limitant la guérison.

Entre décembre 2023 et février 2024, trois hospitalisations successives à l'Hôpital de Saint-Jérôme (HSJ) marquent une détérioration progressive de l'état de ses plaies. L'hospitalisation du 18 au 29 janvier 2024 est particulièrement problématique. M. Meunier demeure alors cinq jours à l'urgence sur une civière sans surface thérapeutique adaptée en raison de la surcapacité hospitalière. Cette période aggrave significativement ses plaies de pression.

Le 30 janvier 2024, au retour à domicile, les infirmières auxiliaires constatent une détérioration majeure. Il y a présence d'une nécrose sèche indurée des fesses, particulièrement à droite, avec approfondissement des plaies ischiales. Un rapport d'incident ou d'accident (compte-rendu factuel et daté de l'événement) est complété par le personnel infirmier.

Le 2 février 2024, l'évaluation révèle des plaies de stade indéterminé avec lésions tissulaires profondes et un débridement chirurgical urgent est organisé à l'HSJ.

Le 5 février 2024, le médecin effectue un débridement extensif jusqu'aux muscles glutéaux, évoquant dans sa note postopératoire le mauvais pronostic de guérison et l'absence d'option chirurgicale viable pour refermer la plaie.

La dernière hospitalisation à l'HSJ (du 22 février au 5 mars 2024) est marquée par des difficultés persistantes d'accès aux surfaces thérapeutiques malgré les protestations de la conjointe. Un second débridement, le 1^{er} mars 2024, révèle une ostéomyélite (infection osseuse) aiguë du sacrum, confirmant l'extension de l'infection. Durant cette dernière hospitalisation, sa conjointe a embauché un préposé aux bénéficiaires privé pour assurer une présence constante auprès de M. Meunier, puisque le lien de confiance avec le personnel hospitalier était rompu.

Face à ce pronostic sombre et à l'absence de potentiel de guérison, M. Meunier a formulé, le 4 mars 2024, une demande d'aide médicale à mourir (AMM) et a exprimé le souhait de retourner à domicile pour cette étape finale. Il a quitté l'HSJ le 5 mars 2024.

Le 29 mars 2024, vers 14 h 05, M. Meunier a reçu l'AMM à son domicile, entouré de ses proches et d'intervenants du CLSC. Son décès a été constaté à 14 h 15 par le médecin présent à son chevet.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Puisque le décès M. Meunier ne m'a pas été assigné au moment du décès, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée. Cependant, comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. Meunier étaient bien documentées dans les dossiers cliniques déposés en preuve, je suis en mesure de confirmer qu'aucune expertise additionnelle n'aurait été ordonnée².

² J'ai été mandaté pour agir le 25 juin 2024.

ANALYSE ET CONSTATS

J'ai écouté attentivement l'ensemble des témoignages et, bien que mon enquête doive tendre à détailler les causes du décès et à en établir les circonstances, je ne peux ignorer le contexte dans lequel ce décès s'est produit. C'est pour cette raison que la majorité du personnel de la santé, relevant du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, impliqué notamment lors de l'hospitalisation qui s'est déroulée du 18 au 29 janvier 2024 à l'HSJ a été entendue en audience, de même que les dirigeants ciblés de cet établissement, des professionnels de la santé d'autres milieux spécialisés, des témoins civils ainsi que des représentants d'ordres professionnels et d'organismes d'intérêt. De plus, chaque personne intéressée a eu l'occasion de me soumettre, par écrit, ses commentaires à la fin des audiences publiques.

La lésion médullaire de M. Meunier a entraîné des conséquences majeures sur sa condition physique. Il a perdu toute sensibilité corporelle depuis le haut des épaules jusqu'aux orteils, ne conservant qu'une mobilité partielle des membres supérieurs et des épaules, tandis que son tronc et ses membres inférieurs demeuraient paralysés. Cette perte de sensibilité représentait un risque considérable, car elle l'exposait à des fractures, des brûlures ou des plaies sans qu'il puisse s'en apercevoir. De plus, son incapacité à se mobiliser l'empêchait d'effectuer l'inspection visuelle de sa peau, nécessitant l'assistance d'une tierce personne au quotidien pour cette surveillance cruciale.

L'analyse de son parcours révèle que toutes les plaies recensées ont émergé ou se sont aggravées dans le cadre d'hospitalisations. Cette constante soulève des questionnements importants concernant la prise en charge hospitalière, qui semble s'être concentrée uniquement sur la problématique initiale rapportée, sans considération suffisante des risques spécifiques liés à la condition de blessé médullaire de M. Meunier et à sa vulnérabilité au développement de plaies de pression.

La compréhension des circonstances entourant le décès de M. Meunier requiert de revisiter la trajectoire de soins parcourue depuis le mois de février 2022, moment où son état de santé et sa vie ont dramatiquement basculé. Cette analyse est notamment tirée des dossiers cliniques issus de l'HSCM³, de l'IRGLM⁴, de l'HSJ⁵, du CLSC⁶, de la Clinique médico-chirurgicale des Laurentides⁷, de la Clinique médicale Cité Mirabel⁸ colligés dans le cadre de mes travaux ainsi que des informations complémentaires obtenues au cours des audiences publiques.

Antécédents médicaux

Avant les événements de l'année 2022, les dossiers cliniques révèlent que M. Meunier était suivi et traité à l'HSJ, principalement par le médecin interniste D^r Frantz Perpignan, en lien avec un diabète de type II, une obésité, un syndrome d'apnée et d'hypopnée du sommeil (SAHS) ainsi qu'une maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS). Il était alors camionneur de métier.

³ Pièce C-2*.

⁴ Pièces C-3* et C-3.1*.

⁵ Pièces C-5*, C-5.1*, C-5.2*, C-5.3*, C-5.4*, C-5.5*, C-5.6*, C-5.7*, C-5.8*, C-5.9*, C-5.9A*, C-5.10*, C-5.13*, C-7.4* et C-13.2.

⁶ Pièces C-4*, C-4.1*, C-4.2*, C-4.3, C-4.5* C-7*, C-7.1* et C-7.3*.

⁷ Pièce C-18*.

⁸ Pièce C-6*.

En janvier 2022, M. Meunier présente une parésie progressive des membres supérieurs et inférieurs bilatéralement menant à une investigation à l'HSJ. Une sténose spinale cervicale sévère dégénérative avec myélopathie, touchant principalement les niveaux C3-C4 et C5-C6, est diagnostiquée par imagerie. Une chirurgie élective, mais jugée prioritaire, est organisée avec l'HSCM. L'échelle de déficience sensitivomotrice ASIA (American Spinal Injury Association) est à ce moment évaluée à D, soit une préservation significative, mais incomplète des forces motrices sous le niveau lésionnel (une absence de déficience est codifiée E alors qu'une déficience complète est codifiée A).

Hospitalisation à l'HSCM du 24 février au 21 avril 2022

C'est dans ce contexte qu'il est admis à l'HSCM le 24 février afin de subir une chirurgie dès le lendemain. La chirurgie de décompression et de fusion de la région cervicale C3 à C6 a lieu le 25 février. La période postopératoire immédiate se déroule normalement, sauf pour la découverte, en parallèle, d'une sténose spinale lombaire significative pour laquelle une chirurgie est envisagée durant son séjour. Toutefois, M. Meunier présente des symptômes apparentés à la COVID-19 quelques jours plus tard. Un test diagnostic est effectué le 4 mars et le résultat final obtenu le 7 mars confirme qu'il a contracté la COVID-19. Comme il présente une désaturation (diminution du taux d'oxygène sanguin) et des facteurs de risque de complications, les protocoles en vigueur à ce moment suggèrent l'initiation d'un traitement par l'ajout d'un corticostéroïde, d'une anticoagulation ainsi que d'un antibiotique. Suivant une discussion entre le médecin interniste et le chirurgien traitant quant à la sécurité du traitement anticoagulant après plus d'une semaine suivant la chirurgie, le traitement est initié.

Dans la soirée du 8 mars, puis la nuit du 9 mars, il présente une détérioration neurologique significative aux quatre membres (tétraplégie) sous le niveau lésionnel C3, de sorte que l'échelle ASIA est à ce moment codifiée à A. Une imagerie par résonance magnétique urgente de la région cervicale décrit alors la présence d'un hématome épidual sous tension avec myélomalacie à la région C3-C4, expliquant la détérioration clinique objectivée. Un drainage chirurgical avec laminectomie de la région cervicale C3-C4 et fusion cervicale de la région C3 à C6 est effectué le même jour. Malheureusement, l'intervention urgente ne permet pas de renverser les séquelles neurologiques de sorte que M. Meunier demeure avec une tétraplégie et une atteinte ASIA codifiée à A sous le niveau lésionnel C3. Le 23 mars⁹, l'absence d'évolution significativement favorable mène le médecin physiatre, en collaboration avec le chirurgien traitant, à évoquer un pronostic de récupération très faible.

Il importe à ce stade-ci de souligner que l'évaluation de cette complication découlant de la chirurgie initiale se situe hors des limites de la présente enquête. Néanmoins, comme la suite des soins est au cœur de la compréhension des causes et des circonstances du décès de M. Meunier, cette chronologie des faits demeure nécessaire par souci de cohérence. Le séjour de M. Meunier à l'HSCM se complique de pneumonies d'aspiration liées à une dysphagie oropharyngée légère à modérée ainsi que d'une plaie de pression débutant au siège (de stade 2) à la région du pli interfessier (PIF). La gestion des douleurs neuropathiques ainsi que des dysréflexies autonomes (dysfonction du système nerveux autonome), touchant notamment les fonctions vésicales et intestinales inhérentes, s'ajoutent au tableau clinique. Une approche impliquant une équipe multidisciplinaire est initiée. Après une stabilisation clinique de son état, les soins de M. Meunier sont confiés à l'IRGLM à partir du 21 avril.

⁹ Pièce C-2*, p. 81.

Séjour à l'IRGLM du 21 avril au 18 novembre 2022

M. Meunier est d'abord suivi à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) dans le but de regagner en mobilité et favoriser l'autonomie. Durant son séjour, la dysphagie s'améliore, mais on note l'apparition de nouvelles plaies de siège aux ischions nécessitant des soins particuliers. Suivant une stagnation des séquelles neurologiques malgré la RFI (la tétraplégie demeurant ASIA A sensitif sous le niveau lésionnel C2 et ASIA A moteur sous le niveau lésionnel C6), ses soins se poursuivent à l'unité de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) à partir du 24 juillet afin de viser une sortie sécuritaire et le plus autonome possible de l'IRGLM.

Dès son arrivée sur l'unité, on constate la présence de trois plaies de siège. Une plaie est catégorisée de stade 3 à la région sacrée, une de stade X (indéterminé) à l'ischion gauche, nécessitant l'usage d'un V.A.C.™ (Vaccum Assisted Closure ou thérapie par pression négative), et une plaie de stade 4 à l'ischion droit qui font l'objet d'un suivi en chirurgie plastique à l'HSCM.

Des enjeux de positionnement en lien avec des douleurs aux épaules (capsulites) engendrent une amélioration instable des plaies (une amélioration lente est toutefois notée). Cette évolution est jugée normale alors que des essais de positionnement, de surfaces thérapeutiques (matelas) et de fauteuils roulants sont en cours comme est venue le témoigner M^{me} Caroline Joly¹⁰, cheffe de la réadaptation à l'IRGLM.

Le passage en RAIS a permis à l'équipe, en collaboration avec M. Meunier et sa conjointe, de préparer la sortie de l'IRGLM par l'élaboration d'un plan de soins complet incluant les équipements (lit, matelas thérapeutique, lève-personne, coussins, draps, alèses¹¹, etc.) et les adaptations nécessaires (rampes d'accès, douche sans seuil, etc.) à son retour à domicile. À noter que, malgré l'importance des soins nécessaires à sa condition, M. Meunier et sa conjointe optent après réflexion pour un retour à domicile (au lieu par exemple d'un hébergement en établissement de soins de longue durée). Les préparatifs entourant ce choix sont significatifs et nécessitent la coordination de plusieurs intervenants de l'IRGLM (incluant l'implication de l'organisme Moelle épinière et motricité Québec (MÉMO-Québec) et des services du soutien à domicile (SAD) du CLSC dans la région des Laurentides où demeure M. Meunier). M^{me} Brosseau, des amis et des membres de la famille participent également activement et financièrement aux adaptations majeures du domicile avant son retour.

Le séjour en RAIS de M. Meunier est aussi compliqué par un sepsis urinaire en août et une seconde infection à la COVID-19 le 24 octobre, qui se complique d'ailleurs d'une pneumonie nécessitant un transfert à l'HSCM pour un traitement plus adapté. Une sonde sus-pubienne par cystostomie percutanée est également installée afin de remplacer la sonde urinaire jusque-là en place afin de faciliter l'hygiène. Durant le séjour, les démarches entre l'IRGLM, la conjointe de M. Meunier et le CLSC se poursuivent en vue du retour à domicile. Ainsi, M. Meunier reçoit officiellement son congé de l'IRGLM le 18 novembre alors qu'il est encore hospitalisé. Un retour à domicile à même l'HSCM est visé. Quant aux plaies, malgré l'amélioration significative de la zone sacrée, les atteintes des ischions demeurent profondes (stade 3 à 4) et d'évolution stagnante, selon les notes médicales et les suivis par la stomathérapeute documentés durant son séjour hospitalier à l'HSCM.

M. Meunier reçoit ainsi son congé en direction du domicile le 21 décembre. Il demeure à ce moment dépendant de soins quant aux activités de la vie domestique et quotidienne. Il peut néanmoins se déplacer en fauteuil roulant motorisé activé par les

¹⁰ Témoignage du 5 mai 2025 de M^{me} Caroline Joly, cheffe de la réadaptation, programme des lésions médullaires en RFI à l'IRGLM.

¹¹ Pièce de tissu, de toile imperméable, placée sous le drap du dessous pour protéger le matelas.

mouvements de sa tête. Un plan d'intervention¹² ainsi qu'un aide-mémoire¹³ à l'attention des proches et des intervenants sont remis pour assurer la continuité des soins et faciliter la reconnaissance des complications médicales possibles en lien avec son handicap physique. L'aide-mémoire personnalisé mis à jour le 25 octobre évoque clairement l'importance de demander un matelas préventif et d'assurer une mobilisation toutes les deux heures afin de préserver l'intégrité de la peau aux zones de pression.

Hospitalisation à l'HSCM du 3 au 27 janvier 2023

Le retour à domicile initial s'avère bref et M. Meunier est de nouveau hospitalisé à l'HSCM en raison d'un état septique et d'une détérioration respiratoire. Les diagnostics de pneumonie d'aspiration et d'infection des tissus mous, associés aux plaies de siège avec ostéomyélite de l'ischion gauche sous-jacente, sont retenus. Des antibiotiques intraveineux ainsi qu'un séjour à l'Unité de soins intensifs sont nécessaires. Il est également réévalué en chirurgie plastique. Une option chirurgicale de la gestion des plaies est jugée défavorable en raison des comorbidités¹⁴, mais une colostomie de dérivation afin d'éviter la contamination du siège par les selles est suggérée. La colostomie est acceptée par M. Meunier le 12 janvier et réalisée le 20 janvier. Les notes évolutives du suivi en chirurgie plastique décrivent le 22 janvier¹⁵ une plaie profonde de 7 cm à l'ischion gauche de stade 4 et de 3 cm à l'ischion droit de stade 3 avec une amélioration du processus infectieux. M. Meunier reçoit son congé pour un retour à domicile le 27 janvier avec des antibiotiques intraveineux pour une durée totale de six semaines.

Prise en charge par le CLSC Lafontaine et l'HSJ du 27 janvier au 18 décembre 2023

Le suivi à domicile est supervisé principalement par M^{mes} Janie Brissette, ergothérapeute, Nathalie Forget, infirmière clinicienne, et Véronique Beauchamps-Émond, travailleuse sociale, le tout en collaboration avec les infirmières auxiliaires et les aides de service du CLSC.

L'adaptation à cette nouvelle vie est exigeante pour M. Meunier et sa conjointe, malgré les heures de service du CLSC dispensées à leur maximum. L'aide physique supplémentaire dépendant du programme provincial chèque emploi-service¹⁶ est difficile à recruter, laissant ainsi sa conjointe compenser une partie importante des soins et de la surveillance¹⁷. Par ailleurs, le matelas motorisé thérapeutique curatif K-2 de LeikaTM, recommandé suivant les essais à l'IRGLM, demeure inaccessible compte tenu des limitations financières des programmes d'aide gouvernementale avant le printemps 2023 et est remplacé par le matelas motorisé curatif bariatrique Stage IV de SentechTM. Malgré une demande subséquente, des délais de livraison liés au fabricant à ce moment feront en sorte que le matelas initialement suggéré ne sera jamais disponible avant le décès de M. Meunier en mars 2024. Son état de santé demeure dans l'ensemble relativement stable jusqu'en mars 2023. Le suivi de ses plaies est à ce moment toujours assuré en collaboration avec la stomathérapeute et le chirurgien plasticien traitant de l'HSCM, soit le D^r Haitham Badran.

¹² Pièce C-3.2*.

¹³ Pièce C-3.1*.

¹⁴ Pièce C-2*, p. 398.

¹⁵ Pièce C-2*, p. 421.

¹⁶ [Chèque emploi-service pour faciliter l'accès aux services de soutien à domicile | Gouvernement du Québec](#)

¹⁷ Témoignage de M^{me} Sylvie Brosseau le 15 mai 2025.

M. Meunier est brièvement hospitalisé quelques jours en mars et en mai 2023 en raison d'une cellulite au flanc droit qui débute au niveau des plaies de siège. Durant le séjour hospitalier de mai, un débridement avec installation d'un V.A.C.™ est effectué en chirurgie plastique et une évaluation en microbiologie le 30 mai évoque un diagnostic de cellulite en résolution avec une ostéomyélite chronique de l'ischion gauche et une ostéomyélite aiguë au talon droit en lien avec une nouvelle plaie de pression apparue depuis le séjour hospitalier de mars. En lien avec ce nouveau diagnostic, il est évalué en orthopédie, mais aucune chirurgie ne sera nécessaire et une antibiothérapie intraveineuse se poursuivra durant quelques semaines. Il est également évalué par les infirmières en soins de plaies et par la stomathérapeute, M^{me} Maude Limoges Lemay, pour la première fois durant ce séjour. Il reçoit son congé de l'hôpital le 2 juin.

Le suivi des plaies se poursuit durant l'été par les infirmières et les infirmières auxiliaires du CLSC sous les conseils ponctuels de la stomathérapeute, M^{me} Limoges Lemay. À l'automne 2023, l'état de ses plaies est jugé stable et légèrement amélioré par son infirmière. Malgré cette évolution, M^{me} Limoges Lemay évoque, lors de son témoignage en audience publique, qu'en date du 11 septembre¹⁸, le traitement des plaies aux ischions est en phase de maintien (et non en phase curative) en raison de l'évolution depuis 2022 et des comorbidités limitant le potentiel de guérison. Ce maintien aurait aussi été évoqué par le D^r Badran lors du suivi du 2 août 2023, selon les propos rapportés dans une note infirmière du CLSC¹⁹ par la conjointe de M. Meunier. Un dernier suivi par le même plasticien est effectué le 17 octobre suivant une relance par l'équipe infirmière du CLSC en collaboration avec le médecin répondant du CLSC, soit la D^{re} Émilie Mallette.

En date du 1^{er} décembre²⁰, on documente une plaie à l'ischion droit de 1,5 cm de diamètre avec une profondeur de 6,5 cm et un tissu de granulation abondant, une plaie à l'ischion gauche de 0,8 cm de diamètre avec une profondeur de 4 cm avec un tissu de granulation important, une plaie au PIF de 3 cm sur 1,5 cm superficielle et d'une plaie au talon droit.

Hospitalisation à l'HSJ du 18 au 20 décembre 2023

M. Meunier est hospitalisé en raison d'une pneumonie à l'HSJ le 18 décembre. Un antibiotique intraveineux est nécessaire avant la poursuite du traitement par voie orale. Il est à ce moment admis sur une unité de soins en moins d'une journée après son arrivée à l'urgence.

On note au dossier clinique que l'échelle de Braden (visant à évaluer les usagers à risque de lésions de pression) est réalisée à l'urgence et qu'elle indique un risque élevé (résultat à 12). Un matelas thérapeutique est commandé via l'application Go Medyk du Groupe Medyk Services (compagnie qui gère l'entreposage et la distribution des surfaces thérapeutiques du CISSS des Laurentides) le même jour et est obtenu le 19 décembre²¹. Le plan de soins du CLSC est alors obtenu dès son arrivée à l'urgence.

Durant son séjour, il est revu par M^{me} Limoges Lemay qui constate, le jour de son congé, que la région du PIF est fissurée et que de nouvelles plaies aux deux mollets sont présentes. Cette détérioration est également notée par les infirmières auxiliaires qui reprennent en charge les changements de pansement à son domicile le 21 décembre 2023.

¹⁸ Pièce C-5.10*, p. 3, et témoignage de M^{me} Maude Limoges Lemay les 13 et 14 mai 2025.

¹⁹ Pièce C-4.6*, p. 5.

²⁰ Pièces C-4*, p. 3, et C-4.5*, pp. 13, 89, 155 et 244.

²¹ Pièce C-13, p. 1.

En date du 30 décembre 2023, l'infirmière de secteur, M^{me} Forget, documente une plaie à l'ischion gauche de 1,5 cm sur 1 cm avec une profondeur de 5,2 cm, une plaie à l'ischion droit de 1 cm sur 0,8 cm avec une profondeur de 6,3 cm ainsi que des plaies plus superficielles aux mollets et au talon droit²².

Hospitalisation à l'HSJ du 30 décembre 2023 au 12 janvier 2024

M. Meunier est de nouveau hospitalisé le 30 décembre en raison d'une détérioration de son état respiratoire avec une toux importante. Il est transporté et évalué à l'HSJ en après-midi où une pneumonie d'aspiration est considérée. Il est évalué en pneumologie où un problème de gestion des sécrétions est mis à l'avant-plan dans le contexte de ses comorbidités et nécessitant deux bronchoscopies, soit les 5 et 8 janvier 2024, afin de réaliser des lavages bronchoalvéolaires.

En parallèle, le dossier clinique montre que M. Meunier a été admis sur une unité de soins le 1^{er} janvier et que son plan de soins concernant les plaies, élaboré par l'équipe du CLSC, a été transmis le même jour afin de permettre les premiers changements de pansements. Une échelle de Braden a été réalisée le 1^{er} janvier et celle-ci suggérerait toujours un risque élevé de lésions de pression. Les feuilles d'évaluation, d'observation et de suivi des plaies sont complétées régulièrement durant ce séjour²³.

Toutefois, malgré des informations qui m'ont été soumises à l'effet que le matelas thérapeutique a été commandé rapidement en début de séjour et qu'il était alors en attente de livraison, il s'avère que le représentant du fournisseur Groupe Medyk Services a témoigné devant moi (documents à l'appui) que la commande de matelas a seulement été effectuée en fin de journée le 4 janvier, sans mention d'urgence de la demande, de sorte qu'il a été livré et installé suivant la fin de semaine, soit le 8 janvier²⁴.

Une détérioration de l'aspect du PIF est notée par l'infirmière, M^{me} Myriam Boisvert, le 8 janvier avec la présence d'une phlyctène (bulle sous-cutanée contenant du liquide organique) nécessitant une modification du plan de traitement infirmier²⁵.

M. Meunier est également revu par M^{me} Limoges Lemay durant ce séjour, soit le 12 janvier. Elle constate alors la détérioration de l'aspect du PIF et complète un rapport de déclaration d'incident ou accident (formulaire AH-223)²⁶. M. Meunier reçoit son congé de l'hôpital le même jour et retourne à son domicile (il importe de préciser à ce stade-ci pour une meilleure compréhension de l'analyse que le matelas qu'on lui a installé lors de cette hospitalisation a par la suite été retourné au fournisseur afin d'être désinfecté et remis en disponibilité pour un autre patient, comme le prévoit l'entente).

Le suivi à domicile pour la gestion des plaies reprend le 13 janvier 2024. On observe à ce moment la présence d'un saignement actif dans la région du PIF et le plan de traitement est ajusté en fonction de cette évolution. Ces éléments factuels sont documentés par les infirmières auxiliaires régulières de M. Meunier, soit M^{mes} Brigitte Guilbon et Marie-Pier Roy²⁷. Malencontreusement, son état respiratoire se détériore de nouveau le 18 janvier.

²² Pièce C-5.9A*, p. 1.

²³ Pièce C-5.5*, pp. 996 à 1012.

²⁴ Pièce C-13.3, p. 1.

²⁵ Pièce C-5.5*, p. 1011.

²⁶ Pièce C-5.5*, p. 799.

²⁷ Pièce C-4.1*, pp. 16 et 17.

Hospitalisation à l'HSJ du 18 janvier au 29 janvier 2024

Lors du passage de l'infirmière auxiliaire, M^{me} Roy, pour son changement de pansements aux environs de 8 h 30 le 18 janvier, celle-ci est informée par la conjointe de M. Meunier de la détérioration de son état général, associée à de la somnolence et à une diminution de la quantité d'urine récoltée (oligurie) par sa sonde sus-pubienne.

Suivant une discussion entre M^{me} Roy et l'infirmière de secteur responsable, les techniciens ambulanciers paramédicaux sont interpellés afin d'évaluer et transporter M. Meunier à l'HSJ. Ils arrivent sur les lieux à 9 h 05. Ils constatent que M. Meunier, bien qu'il soit éveillé et orienté, est plus ralenti qu'à son habitude et qu'il présente une désaturation (diminution du taux d'oxygène sanguin). De l'oxygène lui est administré à l'aide d'une lunette nasale et il est donc transporté à l'HSJ à 9 h 37.

Il est alors installé sur une civière de la section B de l'urgence à 9 h 44 et pris en charge par l'infirmière Lori Ann Bernier-Côté. M. Meunier est mobilisé pour la prise de ses signes vitaux et son plan de soins est activé avec l'inscription à 10 h 40 d'un soin de plaies qui sera à exécuter uniquement le lendemain. La première évaluation médicale s'effectue à 11 h par la D^{re} Marie-Andrée Houle. Elle constate l'historique de M. Meunier en lien avec les visites récentes dans le même centre hospitalier et revisite les événements entourant la détérioration récente de son état. Elle constate les besoins nouveaux en oxygène et ordonne les premiers bilans. Une pneumonie d'aspiration est suspectée cliniquement et à la radiographie pulmonaire. Une insuffisance rénale aiguë avec hyperkaliémie (potassium sanguin augmenté) ainsi qu'une hypercapnie (augmentation du dosage sanguin de dioxyde de carbone) s'ajoutant à l'hypoxémie (diminution de l'oxygène sanguin) complètent le tableau clinique. Une notion de détérioration des plaies de pression est rapportée à la note de D^{re} Houle, mais une visualisation directe des plaies ne sera pas effectuée à ce moment devant l'enjeu respiratoire prédominant et le transfert des soins à l'équipe d'hospitalisation en médecine interne à 16 h 04²⁸. Un Optiflow™ (lunette nasale à haut débit d'air) est installé et des antibiotiques sont débutés la même journée.

Le vendredi 19 janvier, l'urgence de l'HSJ se retrouve en surcapacité (taux d'occupation sur civière dépassant les 150 %) et plusieurs plans de relève sont en cours afin d'augmenter les ratios de patients par infirmière alors que la saison des virus respiratoires hivernaux est très active. Comme sont venus le témoigner M^{me} Maude Laroque²⁹ et M. Jason Safrany³⁰, la situation présente en ce vendredi va perdurer durant la fin de semaine et les jours suivant en raison d'un achalandage important à l'urgence et de la disponibilité limitée des lits sur les unités de soins.

Dans la nuit du 19 janvier, M. Meunier est pris en charge par l'infirmière, M^{me} Marion Lenoble. Elle constate que le lit et le matelas utilisé ne sont pas adaptés pour la morphologie et les conditions de M. Meunier. Elle en fait part à son assistante-infirmière-chef (AIC) afin de prioriser son hospitalisation³¹. En effet, il faut savoir que les lits de l'Unité des soins intensifs sont munis de matelas thérapeutiques comme recommandé pour M. Meunier. Comme le plan de soins n'est pas encore obtenu et présent au dossier clinique à ce moment, le changement de pansement n'a pas lieu durant la nuit d'autant plus que la mobilisation de M. Meunier rend problématique la gestion des sécrétions respiratoires. Au matin, l'infirmière Stéphanie Arruda-Tavares prend la relève des soins et décide d'effectuer le changement de pansement à

²⁸ Pièce C-5.3*, p. 34, et témoignage du 7 mai 2025 de D^{re} Marie-Andrée Houle.

²⁹ Témoignage du 15 mai 2025 de M^{me} Maude Laroque, gestionnaire des lits à l'HSJ.

³⁰ Témoignage du 7 mai 2025 de M. Jason Safrany, assistant-infirmier-chef à l'urgence de l'HSJ.

³¹ Témoignage du 8 mai 2025 de M^{me} Marion Lenoble.

10 h 19³² en fonction de ce qui est déjà en place, puisque le plan de soins du CLSC n'est pas encore au dossier clinique. Selon les informations obtenues, ce plan a pourtant été transmis le 18 janvier à 15 h 11³³ par le CLSC. Aucune description des plaies n'est effectuée à ce moment et l'enjeu de la gestion respiratoire demeure prioritaire. Le D^r Perpignan, médecin interniste qui connaît M. Meunier depuis quelques années, effectue une visite d'évaluation le 19 janvier. Il conclut que l'état respiratoire actuel est principalement tributaire d'un enjeu de gestion des sécrétions, mais conserve par prudence les antibiotiques débutés. Il demande une prise en charge multidisciplinaire en raison des comorbidités de M. Meunier.

Le 20 janvier, les soins de M. Meunier se poursuivent toujours à l'urgence. L'infirmier en service, M. Charles-Étienne Plouffe, effectue le changement de pansement en fonction des documents remis par la conjointe de M. Meunier. Il se rappelle avoir visualisé une plaie impressionnante, mais qu'il lui était difficile de comparer l'évolution³⁴. L'évolution respiratoire est favorable de sorte qu'on cesse l'OptiflowTM et que l'administration d'oxygène est progressivement sevrée. Les tests de laboratoire confirment par ailleurs une infection au virus respiratoire syncytial (VRS).

Le dimanche 21 janvier, M. Meunier se trouve toujours à l'urgence sur une civière sans surface thérapeutique adaptée. L'infirmière M^{me} Gabrielle Guimond effectue le changement de pansement cette journée, selon le plan de soins maintenant accessible au dossier clinique. Elle décrit à sa note une plaie de siège de stade 3 avec présence de saignement et d'une nécrose humide au PIF³⁵. Un changement quotidien du pansement est alors recommandé par l'infirmière. La conjointe de M. Meunier est présente à ce changement de pansement. Lors de son témoignage, M^{me} Guimond se souvient d'avoir entendu la conjointe de M. Meunier évoquer une détérioration de la plaie et une demande de surface thérapeutique, mais une relance ne sera pas effectuée à ce moment auprès de l'AIC ou auprès de l'équipe médicale³⁶.

Durant le passage de M. Meunier à l'urgence entre le 18 et le 22 janvier, aucune échelle de Braden et aucun document standardisé de suivi des plaies³⁷ n'ont été retrouvés au dossier et donc utilisés pour effectuer cette surveillance. La mobilisation toutes les deux heures recommandées devant la condition de M. Meunier a été inscrite au plan de soins, mais l'assiduité de l'exécution par les préposés aux bénéficiaires n'a pas été confirmée dans un document formel.

Le lundi 22 janvier, M. Meunier est réévalué par le D^r Perpignan en matinée. Devant l'amélioration de l'état respiratoire, un retour à domicile est évoqué. Toutefois, l'état de M. Meunier se détériore à nouveau rapidement en après-midi avec la présence d'une insuffisance respiratoire mixte (hypoxémique et hypercapnique) et l'apparition de nouvelles opacités pulmonaires imagées à la radiographie. Le niveau de soins est revu avec la conjointe de M. Meunier alors présente. Il est convenu de tenter une assistance ventilatoire non invasive (sans intubation) et qu'en cas d'échec, des soins de confort seront prodigués. L'OptiflowTM est réinstallé avant d'être remplacé par un appareil BiPAP (ventilation positive à deux niveaux) et une admission à l'Unité des soins intensifs (sous les soins du D^r Sylvain-Luc Amyot) est organisée.

Il est admis à l'Unité des soins intensifs à 12 h 45 le même jour. Son état est à ce moment précaire de sorte que la bronchoscopie prévue afin de déloger l'obstruction bronchique liée à la gestion problématique des sécrétions est retardée. Un suivi en inhalothérapie est en parallèle initié. L'infirmière en responsabilité à ce moment,

³² Pièce C-5.3*, p. 112.

³³ Pièce C-5.5*, p. 734.

³⁴ Témoignage du 8 mai 2025 de M. Charles-Étienne Plouffe.

³⁵ Pièce C-5.3*, pp. 104 et 2015.

³⁶ Témoignage du 12 mai 2025 de M^{me} Gabrielle Guimond.

³⁷ Pièces C-8.1 à C-8.4.

M^{me} Geneviève Paradis, rapporte que la priorité est liée à la problématique respiratoire et que toute mobilisation augmente son instabilité³⁸. Les lits des soins intensifs sont néanmoins d'emblée électriques et munis d'une surface thérapeutique motorisée. Le premier changement de pansement au siège s'effectue aux environs de 23 h, la même journée par l'infirmière, M^{me} Rachel Lanthier. Elle réalise une observation sans évaluation et complète le document de suivi de plaie pour cette journée³⁹. La gestion de l'exsudat (écoulement) nécessite l'ajustement du pansement durant la nuit du 22 janvier. Lors de son témoignage⁴⁰, M^{me} Lanthier décrit de mémoire deux plaies aux ischions d'environ 4 cm par 2 cm et une plaie au PIF de 1 cm par 3 cm avec nécrose sèche, l'ensemble de stade 3.

L'évolution pulmonaire s'avère progressivement favorable jusqu'au 24 janvier, de sorte que le BiPAP est cessé et que le D^r Amyot attribue un code de priorité 3, signifiant que M. Meunier peut être transféré sur une unité de soins standard advenant un besoin pour un patient plus instable devant être admis sur l'unité. Son état demeure stable entre les 24 et 26 janvier. Les changements de pansement sont effectués les 24 et 25 janvier, sans description détaillée des observations, sauf pour une nécrose sèche au PIF⁴¹ à nouveau documentée.

Il demeure à l'Unité des soins intensifs jusqu'au 26 janvier, avant son transfert à l'étage (Unité 6A) à 13 h 15. Durant la suite de son séjour sur l'unité, les infirmières, M^{mes} Alex Morel Major et Sara Dubé Lapointe, qui lui ont prodigué des soins entre les 24 et 26 janvier, ont témoigné à l'effet qu'il n'y a pas eu d'échanges entre elles et le D^r Amyot quant aux plaies de pression⁴². Cette information est concordante avec la déclaration écrite du D^r Amyot⁴³. M^{me} Morel Major a toutefois souvenir que la conjointe de M. Meunier a exprimé des craintes quant à l'obtention d'une surface thérapeutique lors de son transfert à l'étage. En effet, lors de son témoignage, la conjointe de M. Meunier évoque avoir exprimé ses craintes au D^r Amyot le 26 janvier et avoir obtenu une réponse qu'elle a jugé peu satisfaisante⁴⁴. Le D^r Amyot n'a quant à lui pas de souvenir de cette discussion et évoque plutôt un malentendu puisqu'il affirme dans sa déclaration écrite déposée en preuve connaître l'importance d'une surface thérapeutique pour des patients comme M. Meunier⁴⁵.

M. Meunier est admis à l'Unité 6A à sa sortie de l'Unité des soins intensifs le 26 janvier à 13 h 15 et est de retour sous les soins du D^r Perpignan. Le matelas thérapeutique est commandé par l'application Go Medyk le même jour en après-midi, encore une fois sans mention d'urgence de la demande, de sorte que le matelas n'est obtenu que le lundi suivant, soit le 29 janvier, donc après avoir reçu son congé de l'hôpital⁴⁶. Durant les quatre jours à l'Unité 6A, les feuilles de suivi de plaies sont complétées par l'infirmière Roxanne Saureth-Tanguay⁴⁷. Une plaie au fessier est décrite, mais non formellement mesurée. Elle présente une nécrose sèche à 85 %, en plus d'une plaie à l'ischion droit (mesurée à 2 cm sur 0,5 cm avec une profondeur de 4 cm), d'une plaie à l'ischion gauche (non détaillée) et au PIF (mesurée à 1 cm sur 1 cm avec une profondeur de 2 cm) sans nécrose décrite à ces deux sites. Des plaies au talon droit et au mollet gauche sont également décrites. Durant le séjour, malgré une détérioration rapportée par la conjointe de M. Meunier, aucune relance avec une infirmière spécialisée dans les soins de plaies et la cicatrisation (stomathérapeute) ou

³⁸ Témoignage du 12 mai 2025 de M^{me} Geneviève Paradis.

³⁹ Pièce C-5.5*, pp. 620 à 625.

⁴⁰ Témoignage du 12 mai 2025 de M^{me} Rachel Lanthier.

⁴¹ Pièce C-5.5*, p. 624.

⁴² Témoignages de M^{me} Sara Dubé Lapointe du 12 mai 2025 et de M^{me} Alex Morel Major du 13 mai 2024, infirmières à l'Unité des soins intensifs de l'HSJ.

⁴³ Pièce C-5.14.

⁴⁴ Témoignage du 15 mai 2025 de M^{me} Sylvie Brosseau.

⁴⁵ Pièce C-5.14.

⁴⁶ Pièce C-13.3, p. 1.

⁴⁷ Pièce C-5.5*, pp. 626 à 631.

auprès du médecin traitant n'est effectuée. Dr Perpignan affirme aussi ne pas avoir évalué directement les plaies, presumant que le suivi est assuré par les soins infirmiers en place. Selon son témoignage, il n'a pas visualisé les plaies de M. Meunier depuis le mois de mai 2023, alors que ce dernier était hospitalisé directement en lien avec une surinfection liée aux plaies de pression⁴⁸.

Son congé de l'hôpital a lieu vers 13 h le 29 janvier. Un changement de pansement des plaies au siège est effectué avant son départ par l'infirmière auxiliaire, le tout suivant les observations de l'infirmière, M^{me} Kathleen Tremblay. L'observation des plaies n'est pas documentée au moment de ce congé.

Suivi à domicile par le CLSC Lafontaine du 30 janvier au 2 février 2024 et séjour hospitalier à l'HSJ du 2 au 8 février 2024

Le 30 janvier, l'infirmière auxiliaire, M^{me} Guilbon, reprend le suivi en présence de sa collègue, M^{me} Stéphanie Landry. Elles constatent à ce moment l'importante détérioration des plaies de siège de M. Meunier. Elles décrivent la présence d'une nécrose sèche indurée de la région des fesses, principalement à droite avec nécrose du PIF, et des plaies plus creuses aux ischions⁴⁹. Les plaies au talon droit et au mollet gauche sont d'évolution rassurante. Elles notent aussi lors du retrait du pansement que la crème TriadTM a été appliquée, ce qui leur semble non approprié dans le contexte global. L'hospitalisation récente marquée par un séjour sur civière à l'urgence de presque cinq jours est revisitée avec la conjointe de M. Meunier. Des photos sont prises et échangées avec l'infirmière de secteur, M^{me} Ecaterina Clefas⁵⁰. Une réunion d'équipe au domicile de M. Meunier avec la présence virtuelle de la stomathérapeute, M^{me} Limoges Lemay, est organisée pour le 2 février afin de permettre l'élaboration d'un plan de traitement.

M^{me} Brissette rencontre M. Meunier et sa conjointe le 31 janvier et revient sur les événements entourant la récente hospitalisation. Un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) est complété devant les détériorations significatives des plaies de pression au siège suivant le séjour hospitalier⁵¹.

Le 2 février, l'infirmière de secteur, M^{me} Clefas, accompagnée par l'ancienne infirmière du secteur, M^{me} Forget, rencontrent M. Meunier et sa conjointe en présence, accompagnées virtuellement de M^{me} Limoges Lemay⁵². Devant l'importance de la nécrose et du tissu dévitalisé à la région des fesses principalement, une plaie de siège de stade X avec probable lésion des tissus profonds (LTP) est évoquée. M^{me} Forget documente ces nouvelles plaies, toutes qualifiées de nécrosées, mesurant 11 cm sur 8 cm à la fesse gauche, 17 cm sur 12 cm à la fesse droite et 8 cm sur 3,5 cm au PIF⁵³. M^{me} Limoges Lemay discute le jour même de la situation avec le Dr Perpignan dans le contexte de l'hospitalisation récente. Ce dernier discute et échange des photos lui-même avec le chirurgien plasticien Dr Ionut Helmar Efanov qui confirme l'indication d'un débridement chirurgical. Une hospitalisation est organisée directement à l'unité de soins chirurgicaux avec l'obtention en urgence d'une surface thérapeutique avec l'aide de M^{me} Anne-Marie Lajeunesse, conseillère cadre en soins infirmiers.

En raison de la prise d'un anticoagulant qui doit être cessé avant la chirurgie et de l'absence de signes de sepsis ou d'infection localement active, la chirurgie est prévue pour le 5 février et un antibiotique intraveineux est débuté de manière préventive. Le

⁴⁸ Témoignage du 14 mai 2025 du Dr Frantz Perpignan, médecin interniste à l'HSJ.

⁴⁹ Pièce C-4.1*, p. 23.

⁵⁰ Pièce C-7.3*, pp. 4 et 5.

⁵¹ Pièce C-5.7*.

⁵² Pièce C-4.1*, p. 33.

⁵³ Pièce C-5.9A*, p. 2.

débridement réalisé en salle d'opération sous anesthésie générale le 5 février par le D^r Efanov nécessite un débridement extensif jusqu'aux muscles glutéaux (fessiers). Dans sa note postopératoire, le D^r Efanov évoque le mauvais pronostic de guérison de cette plaie et l'absence d'option chirurgicale viable pour la refermer⁵⁴. Il évoque aussi l'importance de revoir le niveau de soins advenant une complication infectieuse. Un V.A.C.[™] est nécessaire à la gestion de l'exsudat opératoire essentiellement (il n'est pas installé dans une visée curative). M. Meunier obtient son congé de l'hôpital le 8 février.

Suivi à domicile par le CLSC du 9 au 22 février 2024

Les soins de plaies complexes au siège se poursuivent par l'équipe usuelle d'infirmières auxiliaires formées par M^{mes} Guilbon, Roy et Landry ainsi que par l'infirmière clinicienne, M^{me} Carolane Bellemare. La plaie est décrite comme béante et très impressionnante. M. Meunier est revu en consultation externe le 16 février par D^r Efanov. Ce dernier annonce qu'un second débridement sera nécessaire dans les prochaines semaines, de sorte qu'une intervention est planifiée pour le 1^{er} mars 2024.

Toutefois, l'état de M. Meunier se détériore de nouveau le 22 février avec la présence de vomissements et de diarrhées (notées par la colostomie de dérivation), le tout associé à une altération de l'état de conscience et de fièvre⁵⁵. Un transfert en milieu hospitalier est recommandé par l'infirmière Bellemare, mais les inquiétudes de sa conjointe sont alors grandes quant à l'accès à une surface thérapeutique à l'HSJ. Un arrimage est tenté avec le D^r Perpignan et M^{me} Limoges Lemay afin d'avoir accès rapidement à une surface thérapeutique avant son transfert à l'hôpital et la travailleuse sociale, M^{me} Beauchamps-Émond, contacte sa collègue de l'urgence pour lui fournir les informations relatives à M. Meunier. Suivant l'évaluation des techniciens ambulanciers paramédicaux effectuée à 12 h 12 (qui constatent une désaturation fluctuante selon le niveau d'éveil nécessitant l'administration d'oxygène), il est transféré au triage de l'urgence de l'HSJ à 13 h 05.

Hospitalisation à l'HSJ du 22 février au 5 mars 2024

M. Meunier est placé sur une civière de l'urgence malgré les protestations de sa conjointe qui demande l'obtention d'une surface thérapeutique requise rapidement par sa condition. Cette situation mène à l'intervention des agents de sécurité⁵⁶. La situation mobilise l'implication de M^{me} Mylène Tremblay, infirmière gestionnaire de l'urgence, qui sollicite l'aide de M^{me} Lajeunesse, conseillère cadre en soins infirmiers pour l'obtention du matelas⁵⁷. M. Meunier est à ce moment installé dans un lit d'hospitalisation en salle de réanimation.

M. Meunier est évalué par l'urgentologue en salle de réanimation à 14 h 01, puis, rapidement, à 14 h 30, par le médecin interniste D^r Vincent Bouchard-Dechêne afin de faciliter la prise en charge et l'hospitalisation suivant une discussion du cas avec le D^r Perpignan. Un BiPAP est temporairement installé en raison de l'insuffisance respiratoire, des bilans sont effectués et des antibiotiques sont débutés pour prévenir un potentiel sepsis d'origine pulmonaire ou cutanée. Les impressions diagnostiques initiales évoquent une altération de l'état de conscience multifactorielle, un tableau de gastro-entérite avec une pneumonie d'aspiration incertaine, une surinfection de la plaie de siège possible ainsi qu'une dénutrition avec anasarque (œdème des tissus

⁵⁴ Pièce C-5.4*, p. 4.

⁵⁵ Pièce C-4.1*, p. 84.

⁵⁶ Pièce C-5.5*, p. 241.

⁵⁷ Pièce C-5.18.

mous généralisé)⁵⁸. Une pause de BiPAP est rapidement tentée avec succès et une admission prioritaire est demandée sous les soins du D^r Perpignan qui prend en charge M. Meunier à partir du 23 février.

M. Meunier est admis sur une unité de soins (5D) dans la soirée du 23 février sur une surface thérapeutique motorisée (NIMBUS 4TM). Un bris de fonctionnement est toutefois décelé au niveau de la motorisation le 24 février, rendant le lit non fonctionnel. Dans l'attente de la réparation ou du remplacement de celui-ci, il est transféré dans une chambre avec un lit bariatrique (type de lit médical conçu pour les patients obèses ou en surpoids) possédant toutefois un matelas non adapté. Selon les informations obtenues, une commande est effectuée le 28 février pour un matelas qui s'avère non motorisé et non adapté aux besoins de M. Meunier. Ce dernier convient néanmoins avec sa conjointe de l'installer dans l'attente du bon matelas. Le témoignage de sa conjointe nous renseigne d'ailleurs sur le fait qu'elle a dû installer ce matelas elle-même en raison des délais notés à l'étage lors de sa réception le 29 février. Le matelas adapté (Stage IV bariatriqueTM) est commandé le même jour et est obtenu le lendemain. Suivant une discussion concernant la situation entre la conjointe de M. Meunier et l'ergothérapeute du soutien à domicile, M^{me} Brissette, un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) est produit⁵⁹.

Durant la même période, son état clinique, bien que précaire, se stabilise. Un gavage par tube naso-gastrique est initié afin d'améliorer son état nutritionnel et une transfusion sanguine est nécessaire afin de pallier une anémie multifactorielle. M. Meunier est également évalué en microbiologie afin d'ajuster l'antibiothérapie devant la présence de germes multirésistants colonisant les plaies de siège. Le 1^{er} mars, comme prévu par le D^r Efanov, M. Meunier subit également un 2^e débridement en salle d'opération. En plus d'un débridement, une mise à plat d'une ostéomyélite aiguë du sacrum est effectuée indiquant la présence d'une infection plus significative. Dans sa note postopératoire, le D^r Efanov évoque l'absence de potentiel de guérison et le risque élevé d'infection⁶⁰.

Durant son passage en salle d'opération, la conjointe de M. Meunier est rencontrée par M^{me} Claudia Beaudry, chef d'unité du 5D et la coordonnatrice à l'hospitalisation, M^{me} Sophie St-Père, afin d'adresser les difficultés vécues quant aux soins de M. Meunier, à l'absence de matériels adéquats (matelas, alèses, piqués, etc.) à sa condition, aux conflits relationnels avec le personnel associé à ses demandes qu'elle juge légitimes et aux signes d'insalubrité à sa chambre (présence de mouches dans les luminaires). Cette rencontre permet de rehausser et améliorer les services auprès de M. Meunier dans les jours suivants.

Le 4 mars, suivant des réflexions personnelles en compagnie de sa conjointe, M. Meunier évoque auprès du D^r Perpignan vouloir opter pour des soins palliatifs en plus de vouloir faire une demande d'AMM devant son pronostic sombre. Il est rencontré par les intervenants de l'AMM afin d'organiser les soins et les évaluations à domicile comme souhaité. Il obtient ainsi son congé de l'hôpital le 5 mars.

Les évaluations médicales se déroulent entre les 7 et 19 mars et une date d'administration de l'AMM est convenue avec M. Meunier. Son décès est constaté par le médecin présent à son chevet à son domicile le 29 mars 2024 à 14 h 15.

⁵⁸ Pièce C-5.5*, p. 28.

⁵⁹ Pièce C-4.1*, p. 238.

⁶⁰ Pièce C-5.6*, p. 102.

Délibération de mi-rapport

La trajectoire de soins de M. Meunier témoigne de la complexité des soins nécessaires aux personnes vivant avec une blessure médullaire, mais permet aussi de mettre en lumière le manque d'adaptation, de cohérence, de connaissances et de fluidité au sein des services hospitaliers accueillant cette clientèle en dehors des centres d'expertises. Alors qu'entre 200 et 250 individus sont victimes d'une blessure médullaire au Québec par année, on estime qu'environ 86 000 personnes vivent actuellement avec une telle blessure au Canada⁶¹. Malgré ce nombre en apparence relativement faible, la situation vécue par M. Meunier n'est malheureusement pas unique et impose une réflexion sérieuse quant à la prévention et à la gestion des lésions de pression chez cette population.

Il importe de rappeler que le développement de plaies de pression survient lorsqu'il y a compression des tissus mous entre un site à proéminence osseuse et une surface solide, entraînant une ischémie (manque d'apport sanguin), puis une destruction tissulaire sous-jacente. Sous l'effet de la pression, du cisaillement, de l'humidité et de la friction, ces plaies peuvent rapidement se détériorer malgré les apparences en surface souvent trompeuses. Les plaies sont classées de stade 1 à 4 en plus du stade X et de la lésion des tissus profonds (dommages qui se produisent sous la surface de la peau, affectant les muscles, les os ou les tissus conjonctifs)⁶². La plaie de stade 1 ne présente pas de bris cutanés alors que les stades 2 à 4 signalent une perte tissulaire dont la profondeur peut atteindre les muscles et les os en stade 4. Le stade X signale quant à lui la présence d'une nécrose significative limitant l'appréciation de la profondeur du lit de la plaie.

M. Meunier présentait ainsi des plaies aux ischions de stade 3 à 4 de façon chronique depuis 2022 et a présenté des plaies de pression au siège de stade X suivant son séjour hospitalier de janvier 2024. Il importe de rappeler qu'une pression constante d'à peine deux heures est suffisante pour entraîner l'apparition des premiers stades d'une plaie de pression ou la détérioration d'une plaie existante chez une clientèle à risque.

Dans cette optique, M. Meunier présentait, comme l'a évoqué M^{me} Marie-Christine Jobin-Chayer, ergothérapeute spécialisée auprès des blessés médullaires au sein de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, une combinaison explosive pour développer rapidement des plaies de pression qui aurait dû déclencher des actions rapides lors de ses séjours hospitaliers. Il présentait en effet une tétraplégie consécutive à une lésion médullaire hautement située (ASIAA C2 sensitif et C6 moteur) ne lui permettant pas de ressentir la douleur de la majeure partie de son corps ni de se mobiliser librement sans aide. En ajoutant ses autres comorbidités, soit une obésité, un diabète de type II et sa grande taille, le risque de développer et d'avoir des complications associées à une plaie de pression était significativement élevé.

Malgré des soins spécialisés en centre d'expertise au sein de l'IRGLM, il a développé rapidement des plaies de pression au siège en 2022. Il demeurait donc primordial pour la suite de respecter lors de ses passages en centre hospitalier les aide-mémoires et les plans de soins émis à sa sortie de l'IRGLM. Comme le souligne le D^r Christian Malo, urgentologue au CHU de Québec (Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec), en raison des conséquences diverses associées à la blessure médullaire, les visites aux urgences ne sont pas rares chez cette clientèle et les hôpitaux doivent s'y préparer⁶³. M^{me} Joly et D^{re} Géraldine Jacquemin de l'IRGLM nous renseignent d'ailleurs à l'effet que 80 % des blessés

⁶¹ Pièce C-30.

⁶² Pièce C-9.1.

⁶³ Pièce C-30.

médullaires développeront une plaie de pression au cours de leur vie⁶⁴, témoignant ainsi de l'importance d'adresser cet enjeu dans les milieux de soins qu'elles fréquentent.

Comme en témoigne l'histoire médicale de M. Meunier, un travail important reste à faire pour y arriver. Les initiatives locales sont souvent appliquées à géométrie variable et une vision tunnel a marqué les séjours hospitaliers de M. Meunier à partir du mois de décembre 2023, plus particulièrement lors du séjour s'échelonnant du 18 au 29 janvier 2024 alors qu'on adressait essentiellement l'enjeu de consultation initiale de nature respiratoire en oubliant d'adresser le suivi de ses plaies de pression chroniques et la prévention de nouvelles plaies. Bien que la prise en charge de la problématique aiguë demeure justifiée, elle ne devrait pas masquer la prise en charge globale d'un patient avec une blessure médullaire au risque de lui causer des préjudices graves et des complications ultérieures.

Les conséquences des plaies de pression sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes sont physiquement et psychologiquement importantes en plus d'entraîner une mobilisation de soins générant des coûts humains et matériels significatifs. Les plaies de pression et leurs impacts méritent que le système de santé québécois adresse la situation avec rigueur et avec une lunette davantage préventive. Bien que le cas de M. Meunier impose un regard plus spécifique sur la situation des personnes avec une blessure médullaire, je suis d'avis que cette réflexion pourra aussi bénéficier à l'ensemble de la population présentant un handicap physique accentuant le risque de plaies de pression.

Les audiences publiques ainsi que les enquêtes internes du CISSS⁶⁵ ont permis de mieux circonscrire les enjeux entourant la prise en charge de M. Meunier. Il est maintenant possible de regrouper ces enjeux en thématique afin de faciliter leur compréhension dans l'objectif de cibler les pistes de solution à mettre en place afin d'éviter des décès similaires.

Les principaux thèmes que j'aborderai dans les prochains paragraphes sont les suivants :

- L'évaluation du risque des plaies de pression et les mesures préventives;
- La documentation entourant l'évaluation et le suivi des plaies de pression;
- Le transfert d'information aux points de transition de soins;
- La gestion des priorisations hospitalières;
- Les aides techniques et les surfaces thérapeutiques;
- La formation du personnel soignant et le travail interdisciplinaire;
- La reconnaissance du rôle d'expert et partenaire du blessé médullaire et de ses proches.

Dans un second temps, les améliorations et les réflexions réalisées par le CISSS à la suite du décès de M. Meunier seront abordées.

L'évaluation du risque de plaies de pression et les mesures préventives

L'analyse de l'épisode de soins survenu entre les 18 et 29 janvier 2024, qui s'avère être un point de bascule dans le parcours de M. Meunier, révèle d'abord l'absence d'évaluation du risque de plaies de pression durant son passage à l'urgence. Malgré un séjour sur une civière de près de cinq jours, aucune échelle de Braden n'est complétée formellement. Cette échelle, même si elle ne remplace pas le jugement

⁶⁴ Pièce C-26.

⁶⁵ Pièce C-24.3.

clinique, permet de systématiser et uniformiser l'évaluation du risque de développer une plaie de pression. Cette échelle était pourtant bien accessible à l'HSJ et avait été utilisée lors des passages de M. Meunier en 2023. Elle n'a cependant pas été complétée dans les huit heures suivant son arrivée à l'urgence, puis lors des changements d'unité, comme recommandé dans la documentation accessible par le CISSS⁶⁶. Cet outil est partie intégrante de la démarche de prévention des lésions de pression⁶⁷ en vigueur en janvier 2024 dont un résultat inférieur à 18 (ce qui était le cas pour M. Meunier) doit générer auprès du personnel infirmier responsable de l'usager, un constat au plan thérapeutique infirmier (PTI) et des actions préventives ciblées dont notamment la mobilisation aux deux heures selon un horaire de positionnement, l'intervention potentielle d'un ergothérapeute ou d'une équipe multidisciplinaire et l'optimisation des surfaces thérapeutiques, le tout comme indiqué au document de référence du CISSS⁶⁸ auquel réfère l'échelle de Braden. L'outil doit néanmoins être bien maîtrisé par le personnel soignant, car dans le cas contraire, cela pourrait contribuer à sélectionner une surface thérapeutique non adaptée.

On constate donc que, malgré le fait que les outils et les aide-mémoires existent au sein du CISSS, l'application demeure à géométrie variable. Bien que la mobilisation aux deux heures ait été suggérée dans les consignes infirmières aux préposés aux bénéficiaires, il n'a pas été possible de valider l'application réelle de cette mesure durant son passage à l'urgence du 18 au 22 janvier en raison de l'absence de documentation formelle, et ce, malgré l'existence d'un outil d'horaire de positionnement accessible au CISSS⁶⁹.

Dans le contexte d'une capacité largement dépassée de l'urgence de l'HSJ en janvier 2024 lors du passage de M. Meunier (une réalité qui semble fréquente dans les milieux hospitaliers québécois durant la période de pointe hivernale), il devient important que le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires soient bien informés des outils accessibles, des bonnes pratiques et des réalités des personnes vivant avec une blessure médullaire afin que cette démarche clinique soit bien intégrée et appliquée.

Des outils technologiques peuvent également venir soutenir les réflexes cliniques. Par exemple, M^{me} Anne-Marie Lagacé, infirmière et coordonnatrice au programme de traumatologie au Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ), est venue témoigner des alertes informatiques qui sont ajoutées aux dossiers des blessés médullaires ayant transité par leurs services, de façon à rappeler au personnel de l'urgence l'importance d'instaurer rapidement des mesures préventives dès leur arrivée⁷⁰. Il s'agit là d'une avenue assurément intéressante qui pourrait être intégrée aux plateformes informatiques actuellement utilisées dans les urgences au Québec et éventuellement, dans un outil qui serait accessible dans tout le réseau de la santé, tel que par exemple le Dossier santé numérique (DSN) en cours de développement par Santé Québec⁷¹. Le DSN représente un projet de transformation numérique majeur du système de santé québécois. Cette plateforme intégrée vise à moderniser les pratiques cliniques en remplaçant certains outils par des solutions numériques avancées, incluant l'accès centralisé aux dossiers patients, la gestion électronique des ordonnances et rendez-vous, la coordination des blocs opératoires, ainsi que des outils d'aide à la décision basés sur l'intelligence artificielle.

Je suis d'avis qu'il demeure toutefois impératif qu'en dehors des outils technologiques, il ne faut pas non plus oublier de considérer les demandes des usagers vivant avec

⁶⁶ Pièce C-8.1.

⁶⁷ Pièce C-9.2.

⁶⁸ Pièce C-9.4.

⁶⁹ Pièce C-9.8.

⁷⁰ Pièce C-25.1.

⁷¹ Pièce C-33, p. 7.

une blessure médullaire et celles de leurs proches qui connaissent très bien les enjeux liés à leur condition.

La documentation entourant l'évaluation et le suivi des plaies de pression

L'épisode de soins entre les 18 et 29 janvier 2024 met aussi en lumière d'importantes lacunes dans l'évaluation et le suivi des plaies de pression. Durant le séjour, des observations fragmentaires et non systématiques sont documentées parfois dans les notes infirmières et parfois dans les outils dédiés à cette fin⁷². Ainsi, la présence de plaies chroniques connues du CLSC, jumelée à l'absence d'une documentation détaillée des plaies anciennes détériorées et des nouvelles plaies, n'a pas permis une comparaison qui aurait pu mener à la levée de drapeaux rouges bien avant son congé le 29 janvier.

Des éléments nécrotiques à la région du siège sont décrits dès le 21 janvier, soit au même moment où la conjointe de M. Meunier considère elle aussi que la plaie s'est franchement détériorée. Ces éléments nécrotiques ont été rapportés par la suite lors de changements de pansement, mais sans générer de modification dans la prise en charge globale de M. Meunier.

Les infirmières entendues lors des audiences ont évoqué l'absence d'uniformisation des pratiques sur les unités ainsi que la charge de temps élevé nécessaire pour compléter et répéter les plans de soins déjà connus du CLSC dans un contexte de ressources humaines limitées. Malgré le caractère exigeant associé à la complétion de ces outils, je demeure convaincu que leur usage est essentiel pour assurer un suivi de qualité permettant de limiter les complications et de réagir rapidement à l'évolution de la plaie. Il devient dès lors important de valoriser la pratique au sein de la culture institutionnelle du CISSS et de l'HSJ.

Je suis d'avis que l'usage d'outils informatiques permettant d'intégrer rapidement en centre hospitalier le plan de soins déjà en place au CLSC ainsi que l'usage de formulaires numériques pour le suivi des plaies faciliteraient grandement le continuum de soins. Le DSN, en élaboration par Santé Québec, s'avère certes très prometteur. Néanmoins, dans l'attente, le CISSS et l'HSJ doivent prendre les mesures nécessaires pour s'assurer de l'usage systématique de ces outils.

Dans le même ordre d'idées, la déclaration par le formulaire AH-223 (rapport de déclaration d'incident ou d'accident) des plaies de pression de stade 2 ou plus apparues lors d'un épisode de soins doit elle aussi être renforcée. La documentation du CISSS entourant le traitement local des lésions de pression est claire quant à l'obligation de le compléter dans de telles circonstances⁷³. Dans le cas de M. Meunier, ces déclarations ont été principalement remplies par la stomathérapeute, M^{me} Limoges Lemay, ou l'ergothérapeute pivot du CLSC, M^{me} Brissette, après son congé le 29 janvier. L'application rigoureuse de ce processus permettrait une meilleure vigie de ces événements ainsi qu'une intervention rapide auprès des équipes soignantes afin de rehausser les soins offerts à la population et la formation nécessaire pour y arriver.

⁷² Les gabarits de formulaires diffusés par le CISSS aux employés sont intitulés « plan de traitement de la plaie », « évaluation initiale et suivi évolutif d'un usager porteur de plaies » et « évaluation, observation et suivi de la plaie » et ils ont été déposés en preuve sous les pièces C-8.2 à C-8.4.

⁷³ Pièce C-9.1, p. 1.

Le transfert d'information aux points de transition de soins

Le parcours clinique de M. Meunier, plus particulièrement l'épisode de soins de janvier 2024, témoigne d'enjeux concernant le transfert des informations pertinentes à sa prise en charge globale, autant entre les unités de soins à l'HSJ qu'entre le milieu hospitalier et l'équipe du soutien à domicile du CLSC.

Le transfert du plan de soins de M. Meunier a systématiquement été effectué par le CLSC lors de ses séjours hospitaliers. Ainsi, bien que le plan de soins du CLSC a été transmis à l'HSJ le 18 janvier 2024, il n'a été accessible au dossier clinique par le personnel infirmier qu'à partir du 21 janvier, perturbant ainsi la continuité de soins. Un intervenant pivot avec un point de chute unique à l'urgence pour adresser les particularités de soins des clientèles complexes et connues du CLSC permettrait assurément de prévenir ce genre de situation.

De façon conjointe avec l'absence de documentation rigoureuse des plaies durant ce même séjour comme décrit précédemment, l'information concernant l'évolution n'a pas été bien transmise lors de ses passages entre l'urgence, les soins intensifs et l'Unité 6A. Des documents sont accessibles au CISSS pour faciliter et structurer les échanges d'information, mais ne tiennent pas compte de la réalité des blessés médullaires ou des personnes avec un handicap physique grave directement en lien avec le risque de plaies de pression⁷⁴. Selon les documents présentés par M^{me} Lagacé du CEBMOQ, ces spécificités sont inscrites dans les documents de communication inter-unités au sein des centres hospitaliers affiliés et facilitent les rappels auprès des intervenants⁷⁵. Il y aurait donc lieu de peaufiner les outils actuellement accessibles au CISSS pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

La gestion des priorisations hospitalières

Le long séjour du 18 au 22 janvier 2024 à l'urgence de l'HSJ est un événement pivot dans la trajectoire de soins de M. Meunier ayant accéléré la détérioration de ses plaies de pression au siège. Ce passage soulève inévitablement des questions sur la priorisation des admissions sur les unités de soins en provenance de l'urgence.

Selon le témoignage de M^{me} Maude Larocque, gestionnaire de lit à l'HSJ à l'époque des faits entourant le décès de M. Meunier, son équipe assurait en semaine la fluidité des transitions de soins entre les unités afin de favoriser les admissions et les congés hospitaliers⁷⁶. Durant la fin de semaine, cette responsabilité incombait au coordonnateur hospitalier qui devait aussi combler d'autres tâches de gestion. En janvier 2024, des documents existent sur les spécificités des lits⁷⁷, mais aucun algorithme décisionnel n'est officiellement diffusé pour aider à la prise de décision. La priorisation est à ce moment donnée aux usagers médicalement instables, en fin de vie, en isolement préventif ou en fonction d'inquiétudes particulières ou du délai de séjour. L'accès aux informations quant aux risques de plaies de pression ou à la présence de plaies de pression n'est pas à ce moment facilement accessible par l'équipe de gestion. Ainsi, durant la période du 18 au 22 janvier 2022, ni M^{me} Larocque en semaine, ni M^{me} Karolane Gauthier⁷⁸ durant la fin de semaine, n'ont été spécifiquement interpellées concernant le cas de M. Meunier avant son transfert à l'Unité des soins intensifs.

⁷⁴ Pièces C-9.2 et C-9.21.

⁷⁵ Pièce C-25.2F.

⁷⁶ Témoignage du 15 mai 2025 de M^{me} Maude Larocque, gestionnaire de lit à l'HSJ.

⁷⁷ Pièce C-9.22.

⁷⁸ Témoignage du 2 juin 2025 de M^{me} Karolane Gauthier, coordonnatrice hospitalière à l'HSJ.

Par ailleurs, il a été porté à mon attention les difficultés chroniques d'accès à l'HSJ à des lits sur les unités de soins en période de pointe hivernale, notamment durant la fin de semaine. Cette situation est tributaire des demandes d'admission importantes en provenance de l'urgence et de la diminution du nombre de congés octroyés sur les unités de soins en raison du ralentissement des activités professionnelles et de l'accès au plateau technique d'investigation.

Cet enjeu, qui dépasse certainement le cas de l'HSJ, met en lumière l'accès ainsi que la dispensation des soins en période de pointe et la fin de semaine à une plus grande échelle. Cela mériterait l'attention de la part de Santé Québec et du ministère de la Santé des Services sociaux (MSSS) afin d'éviter des durées de séjour à l'urgence comme celle vécue par M. Meunier. La capacité hospitalière de l'HSJ afin de répondre à la demande régionale devrait également y être adressée. M^{me} Karine Couturier, directrice adjointe des pratiques professionnelles à l'HSJ, rappelle d'ailleurs l'augmentation de 6 % de la fréquentation globale de l'urgence dans les dernières années. Cela étant dit, je suis bien conscient que ce débat dépasse toutefois le mandat de la présente enquête.

En ce qui concerne la priorisation des admissions, il y aurait lieu de tenir compte de critères cliniques supplémentaires afin d'alimenter la prise de décision. Ainsi, en dehors du temps d'attente et de l'instabilité d'un usager, la présence d'un handicap physique comme une tétraplégie ou une paraplégie, la nécessité d'un lit d'hôpital avec une surface thérapeutique adaptée, la présence de plaies ou de facteurs de risques significatifs de plaies de pression sont des éléments qui doivent être ajoutés aux algorithmes décisionnels et ces derniers doivent d'être raffinés. C'est d'ailleurs le cas au CEBMOQ, selon la documentation obtenue auprès de M^{me} Lagacé. Je comprends néanmoins à la lecture du document intitulé « Priorisation des admissions », produit par la direction de la fluidité du CISSS en réponse à l'engagement 33 pris en cours d'audience, que cette mesure est désormais implantée à l'HSJ, et ce, depuis le mois de décembre 2024⁷⁹.

Les aides techniques et les surfaces thérapeutiques

La situation de M. Meunier a permis de rappeler l'aspect crucial de l'accès à du matériel adapté dans les centres hospitaliers régionaux comme l'HSJ appelés à recevoir une clientèle présentant une blessure médullaire lors des épisodes de soins secondaires.

Les témoignages de M^{me} Lagacé, de M^{me} Joly, de D^{re} Jacquemin du CEBMOQ, de D^r Malo du CEBMEQ, de M^{me} Jobin-Chayer et de M. Walter Zelaya de MÉMO-Québec sont unanimes quant à l'importance pour les usagers avec une blessure médullaire d'avoir accès à du matériel et à une surface thérapeutique adaptée à leur condition rapidement après leur arrivée à l'urgence afin d'aider à la prévention des lésions de pression. Malheureusement pour M. Meunier, cet enjeu n'a pas été priorisé et les conséquences ont été dramatiques après son séjour hospitalier en janvier 2024. Il s'est ainsi retrouvé sur une civière sans surface thérapeutique lors de son passage à l'urgence entre les 18 et 22 janvier et sur un lit d'hôpital sans surface thérapeutique adaptée du 26 au 29 janvier 2024 malgré une détérioration manifeste de ses plaies.

Les surfaces thérapeutiques sont divisées entre celles dites préventives et celles dites thérapeutiques (curatives)⁸⁰. Les surfaces préventives sont d'emblée passives et non motorisées. Les surfaces thérapeutiques sont quant à elles subdivisées en catégories de 1 à 3. La catégorie 1 est composée de surfaces réactives non motorisées alors

⁷⁹ Pièce C-10.6.

⁸⁰ Pièce C-9.6, pp. 4 et 5.

que les catégories 2 et 3 sont motorisées (à alternance de pression ou échange d'air). Ces deux dernières catégories sont indiquées pour les usagers présentant un risque élevé de lésions de pression ou pour les usagers avec une lésion de pression de stade 3 ou plus préexistante, comme cela était le cas pour M. Meunier.

À l'HSJ et au CISSS, en janvier 2024, aucune surface thérapeutique n'est accessible et adaptée aux civières de l'urgence. Les surfaces doivent être commandées sur les unités de soins via l'application Go Medyk dès l'admission de l'utilisateur, par les chefs d'unité, auprès du Groupe Medyk Services, avec lequel le CISSS possède un contrat pour l'entreposage, la livraison et l'entretien des surfaces thérapeutiques. Le délai de livraison en semaine est de 24 h ouvrables, mais une commande passée le jeudi soir ou le vendredi peut être livrée seulement le lundi suivant si elle n'a pas été demandée en urgence. Cette situation s'est produite à quelques reprises pour M. Meunier, notamment lors de son passage à l'Unité 6A du 26 au 29 janvier 2024.

La plupart des professionnels de la santé entendus comme témoins durant les audiences ne savaient pas qu'une demande urgente, selon le contrat signé en 2017⁸¹, permettait une livraison du matelas le jour même, si nécessaire. Il convient donc de clarifier les processus auprès des équipes soignantes. Dans le cas de M. Meunier, seule la demande effectuée le 2 février 2024, pour son retour en vue d'un débridement suivant la détérioration significative de ses plaies de siège, a été demandée en urgence. L'accès à un lot de surfaces thérapeutiques, à échanges d'air (motorisées), directement au centre hospitalier, dans l'attente de la surface la mieux adaptée pour l'utilisateur, a ainsi été soulevé comme une avenue intéressante par les intervenants venus témoigner devant moi. La décision organisationnelle de détenir et gérer l'ensemble des surfaces thérapeutiques relève quant à moi d'une décision opérationnelle qui dépasse le cadre de mon mandat, bien que la question ait été soulevée. Elle mérite toutefois d'être explorée par le CISSS.

Comme les outils d'aide à la décision fournis par le CISSS en janvier et février 2024 sont, en plus du jugement clinique, liés directement à l'échelle de Braden, je rappelle l'importance de s'assurer d'une bonne maîtrise de ces outils. Les échelles de Braden documentées au dossier clinique de M. Meunier oscillaient entre 11 et 12. La question se pose à savoir si ces évaluations auraient dû, dans les circonstances maintenant connues, être moindres. En effet, selon les documents du CISSS en vigueur à ce moment, les surfaces thérapeutiques de catégorie 2 et 3 devaient être considérées en présence d'une échelle de Braden à 9 et moins. Dans tous les cas, je suis d'avis que le CISSS doit s'assurer que les professionnels impliqués dans la sélection de la surface thérapeutique lors de la commande reçoivent une formation de qualité et que les mécanismes d'interpellation d'un ergothérapeute en soutien décisionnel soient bien connus de ces effectifs.

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), qui a déjà produit de la documentation sur les soins de plaies, pourrait également recevoir un mandat de la part du MSSS afin de simplifier le processus décisionnel devant une large gamme de produits.

De plus, bien que l'on souhaite une admission sur une unité de soins le plus rapidement possible à partir de l'urgence, la réalité vécue par M. Meunier en janvier 2024, surtout en période d'achalandage élevée, signale que les séjours à l'urgence peuvent être prolongés et qu'il importe d'avoir accès à des surfaces adaptées même à cette étape. L'expérience du CEBMOQ (incluant l'HSCM), décrite par M^{me} Lagacé lors de son témoignage, est éloquent⁸². Dans ce centre, des surfaces thérapeutiques de catégorie 1 (non motorisées et sans échange d'air) sont accessibles à même

⁸¹ Pièce C-13.1.

⁸² Pièce C-25, p. 36.

l'urgence et sont installées sur des civières adaptées pour les usagers à risque, notamment les blessés médullaires. L'accès à ces surfaces dès l'urgence est certes une avenue prometteuse à retenir.

Par ailleurs, la présence d'une surface thérapeutique ne remplace pas les mesures de prévention et la mobilisation systématique nécessaire aux usagers à risque de lésions de pression. Les témoignages du personnel infirmier ayant offert des soins en janvier 2024 ont soulevé des enjeux quant aux difficultés à réaliser adéquatement les mobilisations. Celles-ci nécessitaient parfois trois à quatre personnes, limitant probablement la fréquence des mobilisations durant les séjours. Or, la conjointe de M. Meunier est venue témoigner qu'il lui était tout à fait possible de le mobiliser seule à la maison avec les bons outils. Ces outils (alèses, draps de glissement, etc.) étaient d'ailleurs difficilement accessibles et peu connus du personnel à l'HSJ. L'achat, l'accessibilité et la formation relative à l'usage de ce matériel deviennent donc des éléments essentiels pour offrir les soins préventifs nécessaires aux usagers présentant des handicaps physiques, comme les blessés médullaires.

La formation du personnel soignant et le travail interdisciplinaire

Depuis 1997, le Québec dispose de deux centres d'expertise pour les blessés médullaires : un pour l'Est (CEBMEQ) et un pour l'Ouest (CEBMOQ) du Québec. Le CEBMOQ comprend l'HSCM et l'IRGLM. Ces centres peuvent compter sur des ressources et des professionnels formés et mieux exposés aux enjeux des personnes vivant avec une blessure médullaire. La formation et l'exposition du personnel en dehors de ces centres sont toutefois variables. Cette disparité touche non seulement la connaissance des enjeux liés à cette clientèle, mais également l'expertise en soins de plaies de pression. Avec les déficiences physiques tributaires du vieillissement de la population, les équipes de soins seront de plus en plus sollicitées à la gestion de ce type de plaies. La formation, le maintien des compétences et le travail multidisciplinaire deviennent alors primordiaux.

La situation vécue par M. Meunier lors des épisodes de soins, plus particulièrement en janvier 2024, témoigne des problématiques à ce chapitre. La connaissance des facteurs de risque de plaies de pression, l'importance des surfaces thérapeutiques et la maîtrise des soins de plaies et des outils nécessaires à l'évaluation et au suivi de ces plaies ont été fragmentaires lors du passage de M. Meunier à l'HSJ, principalement entre les 18 et 29 janvier 2024.

Les infirmières venues témoigner ont mentionné avoir eu de la formation ciblée durant leur parcours aux études en sciences infirmières et à l'embauche⁸³. De plus, M^{me} Couturier est venue témoigner à l'effet que des changements s'opèrent depuis quelques années au sein du CISSS et s'accélérent depuis la visite d'Agrément Canada en 2022. Depuis, une formation à l'embauche des préposés aux bénéficiaires en lien avec les lésions de pression est obligatoire et des formations complémentaires en soins de plaies sont également requises depuis juillet 2023 auprès du personnel infirmier⁸⁴. De plus, depuis 2023, en collaboration avec M^{me} Lajeunesse, conseillère cadre en soins infirmiers, les outils (échelle de Braden, évaluation et suivis des plaies, protocole interdisciplinaire et aide-mémoire) ont été mis à jour et largement diffusés auprès des chefs d'unité. Les connaissances en soins de plaies et l'application de ces outils demeuraient toutefois variables en janvier 2024 sur le terrain lors du passage de M. Meunier. Il importe d'assurer une surveillance des connaissances en soins de plaies et de réaliser des audits afin de rehausser la formation et la qualité des soins en fonction des problématiques rencontrées.

⁸³ Pièce C-9, 16.

⁸⁴ Pièce C-24, p. 15.

Malgré l'existence d'un protocole interdisciplinaire de prévention des lésions de pression⁸⁵ (mis à jour en avril 2023), d'un document de clarification des rôles et responsabilités minimales attendues par le personnel infirmier dans le domaine des soins de plaies⁸⁶ (en vigueur depuis janvier 2024) et d'une démarche de prévention des lésions de pression⁸⁷ (débutée en novembre 2021) au sein du CISSS évoquant tous la pertinence d'impliquer l'expertise de plusieurs professionnels auprès de la clientèle à risque ou présentant des plaies de pression, on constate que cette interdisciplinarité n'a été sollicitée que trop tardivement dans le cas de M. Meunier. Il importe d'abord de bien diffuser ces protocoles interdisciplinaires et de s'assurer de leur bonne intégration.

Ainsi, on note, comme le souligne M^{me} Jobin-Chayer⁸⁸, que l'implication d'un ergothérapeute a été tardive en janvier 2024 et, au départ, ciblée pour un mandat très limité lié à une cloche d'appel à l'urgence. Par ses connaissances concernant les aides techniques, les surfaces thérapeutiques et les plaies de pression, l'ergothérapeute aurait pu contribuer davantage à soutenir précocement l'équipe soignante en lien avec les enjeux de M. Meunier. Dans le même ordre d'idées, on souligne également l'absence de sollicitation de l'infirmière conseillère en soins de plaies ou de la stomathérapeute durant le séjour du 18 au 29 janvier, malgré une importante détérioration des plaies de pression au siège de M. Meunier.

Il en va de même pour l'implication de la nutritionniste dont la sollicitation aurait pu être plus précoce et soutenue même en dehors des séjours hospitaliers en 2023 et 2024 afin de dépister et soutenir une dénutrition (contribuant à l'évolution défavorable des plaies) masquée par la morphologie de M. Meunier. M^{me} Joëlle Émond, présidente de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec, a d'ailleurs bien démontré le manque de connaissance du rôle de ce professionnel et de la pertinence d'intégrer son expertise dans la prise en charge de toute plaie de pression⁸⁹.

Finalement, les médecins impliqués dans la trajectoire de soins de janvier 2024, qui sont venus témoigner devant moi, ont mentionné qu'ils avaient, en majorité, tenu pour acquis que le suivi des plaies était assuré par le personnel infirmier et que celui-ci était souvent mieux formé sur le sujet. Ils s'attendaient ainsi à être informés en cas de détérioration, le cas échéant, alors qu'ils devaient gérer les enjeux respiratoires liés aux admissions répétées de M. Meunier depuis décembre 2023.

Bien que le partage des responsabilités soit souhaitable et nécessaire pour une utilisation judicieuse des ressources, la prise en charge dans sa globalité d'un patient complexe comme M. Meunier requiert, selon moi, que le médecin, qui agit souvent comme chef d'orchestre dans la gestion de l'épisode de soins de l'admission au congé, s'assure en parallèle de la bonne évolution ou de la stabilité des conditions chroniques. Des formations supplémentaires en soins de plaies s'avèrent assurément pertinentes auprès du corps médical et elles pourraient également se tenir conjointement avec les autres professionnels.

En ce sens, plusieurs intervenants venus témoigner, dont M^{me} Joly et D^{re} Jacquemin du CEBMOQ, ont suggéré l'implantation d'un comité provincial en prévention et traitement des lésions de pression afin de standardiser la formation, la documentation et le développement des formations afin de pérenniser les connaissances et l'organisation des soins sur le terrain. Les équipes de prévention des plaies des CISSS pourraient ainsi se porter garantes de la diffusion et de la surveillance des

⁸⁵ Pièce C-9.5, p. 1.

⁸⁶ Pièce C-9.7.

⁸⁷ Pièce C-9.2.

⁸⁸ Pièce C-27, p. 16.

⁸⁹ Pièce C-28.

bonnes pratiques en cohérence avec les réalités régionales. Dans ce mandat plus large qui incomberait au MSSS, une implication de patients partenaires et des organismes comme MÉMO-Québec permettraient assurément d'adresser la problématique dans sa globalité. L'opérationnalisation des outils et recommandations de ce comité incomberait dans un second temps à Santé Québec.

Dans le même objectif, un support en consultation externe à long terme auprès des équipes régionales par les centres d'expertise pour les blessés médullaires devrait être renforcé auprès des équipes soignantes en cas de plaies complexes ou présentant une évolution défavorable comme le souligne MÉMO-Québec⁹⁰. Bien que la guérison des plaies de M. Meunier ne fût plus envisageable suivant l'hospitalisation de janvier 2024, selon le témoignage du D^r Efanov, les avis demeurent partagés sur la possibilité d'une greffe (lambeau) sur les plaies chroniques aux ischions en raison de la tétraplégie haute et sévère de M. Meunier et de ses comorbidités. Néanmoins, l'accès facilité et simplifié à des avis auprès d'un centre d'expertise pour cette clientèle complexe aurait permis de clarifier l'approche dont la visée curative ou de maintien est demeurée imprécise, selon la compréhension de la conjointe de M. Meunier.

La reconnaissance du rôle d'expert et partenaire du blessé médullaire et de ses proches

Un élément central émanant de la présente enquête est la reconnaissance du rôle d'expert et partenaire du blessé médullaire lui-même et de ses proches. La situation vécue par M. Meunier, notamment lors des séjours hospitaliers entre les 18 et 29 janvier et entre le 22 février et le 5 mars 2024, reflète la trop faible importance accordée aux connaissances et expériences des blessés médullaires et de leurs proches. Un changement de culture institutionnelle s'impose. Comme le rappelle M. Zelaya de MÉMO-Québec, la situation de M. Meunier n'est pas anecdotique⁹¹.

En effet, les blessés médullaires transitant par les centres d'expertise reçoivent énormément de formation quant à leur condition de la part des professionnels de la santé et de MÉMO-Québec. Différents outils et aide-mémoires à l'attention de la personne vivant avec une blessure médullaire et de leurs proches, mais aussi à l'attention des professionnels de la santé croisant le parcours de ces usagers sont offerts à la sortie de ces institutions⁹².

Malheureusement, bien que la conjointe de M. Meunier ait rapidement signalé l'importance d'assurer les mesures préventives aux plaies de pression apprises et intégrées depuis son passage à l'IRGLM (notamment en verbalisant la nécessité de l'obtention d'une surface thérapeutique rapidement suivant son arrivée à l'urgence), ses demandes ne recevaient que peu d'écho et n'étaient pas gérées comme une priorité en parallèle de la condition initiale d'admission (soit un enjeu respiratoire). Malgré l'insistance de sa conjointe, autant à l'urgence que dans les transitions de soins entre l'Unité des soins intensifs ou le 6A en janvier 2024, aucune priorité n'a été associée aux demandes, pourtant légitimes, de celle-ci en lien avec la condition de M. Meunier. Ce dernier est demeuré presque cinq jours sur une civière, sans surface thérapeutique, entre les 18 et 22 janvier 2024, puis trois jours supplémentaires entre les 26 et 29 janvier, sur un lit d'hôpital, sans surface thérapeutique, à l'Unité 6A, après son congé de l'Unité des soins intensifs.

Suivant ce séjour hospitalier, le lien thérapeutique entre la conjointe de M. Meunier et les équipes de soins de l'HSJ s'est définitivement rompu. La perte du lien de confiance

⁹⁰ Pièce C-29, p. 21.

⁹¹ Pièce C-29, p. 7.

⁹² Pièces C-3.1* et C-15.1.

s'est traduite par la triste situation où sa conjointe, en colère et en détresse, s'est vue placée dans le rôle d'adversaire aux professionnels soignant lors de l'hospitalisation du 22 février au 5 mars 2024 alors qu'une intervention de la sécurité est demandée dès l'arrivée à l'urgence. Une méfiance mutuelle s'installe alors avec des membres de l'équipe soignante de l'Unité 5D.

Il importe de rappeler à ce moment que sa conjointe assurait une partie significative des soins de M. Meunier, permettant ainsi de le maintenir à domicile avec l'aide des services du CLSC. Un retour à la maison suivant son passage à l'IRGLM a été possible principalement en raison de l'engagement de celle-ci sans quoi une relocalisation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) aurait été inévitable. La connaissance des enjeux de M. Meunier ainsi que des techniques de mobilisation qu'elle réalisait d'ailleurs en bonne partie seule, avec le bon matériel, auraient dû susciter de la part des équipes soignantes plus de considération et d'intégration dans les soins en milieu hospitalier.

Au contraire, bien qu'elle ait soulevé la détérioration importante des plaies, l'importance des surfaces thérapeutiques et la nécessité d'obtenir le matériel nécessaire à sa mobilisation, ses revendications légitimes ont trop souvent été vues comme étant des caprices ou des remises en question des compétences des professionnels.

Je suis d'avis qu'il est possible de faire plus d'espace dans les soins à l'expertise et aux vécus des personnes souffrant d'une blessure médullaire et à leurs proches sans porter atteinte aux compétences professionnelles. Cette réconciliation ne peut être que bénéfique pour l'expérience des usagers et le rehaussement des soins préventifs et curatifs essentiels pour limiter les complications potentiellement graves liées à un séjour hospitalier chez cette clientèle présentant des besoins particuliers.

Ce changement de culture institutionnelle doit s'opérer à l'HSJ et au CISSS, mais doit aussi émaner des politiques de Santé Québec et du MSSS. La *Politique nationale pour les personnes proches aidantes* déposée en 2021 par le MSSS est un pas dans la bonne direction, mais doit pouvoir trouver écho sur le terrain afin de faciliter un changement de culture durable.

M^{me} Lagacé du CEBMOQ est d'ailleurs venue témoigner des outils visuels utilisés au chevet des blessés médullaires afin non seulement de rappeler les soins préventifs à offrir, mais également de placer au centre de l'approche la logique à l'effet que « la personne reste l'experte de sa condition clinique habituelle »⁹³. Une initiative facilement applicable à tous les centres hospitaliers du Québec.

Synthèse des représentations des parties intéressées

MÉMO-Québec⁹⁴

MÉMO-Québec est une association provinciale active depuis 1946 dans la défense des droits des personnes en situation de handicap. Cette association a accompagné M. Meunier et sa conjointe depuis mai 2022, soit lors de sa réadaptation à l'IRGLM. Selon eux, le parcours de M. Meunier révèle de graves défaillances systémiques dans la prise en charge des blessés médullaires au Québec.

⁹³ Pièce C-25.1, p. 46.

⁹⁴ Mémoire déposé sous la cote C-37.2.

La situation vécue par M. Meunier n'est pas un cas isolé. Depuis 2023, MÉMO-Québec tient un répertoire de membres vivant avec des plaies de pression persistantes de stade 3 ou 4. Vingt-cinq membres ont écrit aux députés et aux ministres provinciaux pour dénoncer les lacunes constatées dans la prévention et les soins. Plus inquiétant encore, au moins douze membres ayant demandé l'AMM vivaient des situations directement liées au manque de soins, principalement en lien avec des problèmes de plaies de pression.

Face à cette situation, MÉMO-Québec a multiplié les interventions. L'organisation a créé le guide « Vivre avec une lésion médullaire », distribué gratuitement dans les centres d'expertise, et a effectué des représentations auprès du Protecteur du citoyen entre 2023 et 2024. Ces représentations ont mené à deux rapports contenant des recommandations spécifiques. En janvier 2025, MÉMO-Québec a été mandaté par le MSSS afin de produire un rapport sur l'organisation des soins destinés aux blessés médullaires et ils ont également rencontré l'INESSS ainsi que les cabinets ministériels pour les sensibiliser à l'urgence d'agir.

Les défaillances identifiées sont multiples et systémiques. Les hôpitaux sont mal préparés à accueillir les blessés médullaires, avec un personnel souvent ignorant des règles de prévention des plaies de pression et minimisant l'expertise des patients et de leurs proches aidants. Le système de soins souffre d'un important morcellement depuis la réforme de 2015, avec un transfert des responsabilités vers les services de proximité, sans formation ni ressources adéquates. Cette situation crée des services à géométrie variable selon les régions, un manque de coordination entre établissements et des difficultés d'accès aux soins spécialisés. Certaines populations sont particulièrement négligées, notamment les personnes avec des lésions non traumatiques qui n'ont pas accès aux centres d'expertise pourtant destinés à leur condition. Le manque d'accès prioritaire aux services de première ligne aggrave la situation en retardant la prise en charge rapide des complications. MÉMO-Québec déplore également le mépris du personnel soignant envers l'expertise développée par les blessés médullaires et leurs proches lors de leur formation en réadaptation. Ces patients deviennent pourtant les experts de leur condition, mais leurs connaissances sont trop souvent ignorées, ce qui les expose à des risques évitables de complications graves.

Cette tragédie soulève des questions fondamentales sur la place des personnes en situation de handicap dans notre société. MÉMO-Québec constate que cette population reste largement invisible, sans ministère attitré, et fait face à des défis majeurs d'accessibilité même dans les lieux publics comme les palais de justice. L'organisation dénonce un écart dangereux entre l'esprit de la loi sur l'AMM et des demandes résultant d'un manque de soins, déplorant l'échec de la société à assurer une aide médicale « à vivre ».

Le parcours de M. Meunier illustre dramatiquement les conséquences d'un système de santé défaillant pour les personnes les plus vulnérables. MÉMO-Québec met en lumière l'urgence d'étendre les recommandations du Protecteur du citoyen à l'ensemble du territoire québécois, d'améliorer la formation du personnel soignant, de renforcer la coordination des services et de reconnaître l'expertise des patients et de leurs proches aidants. Sans ces changements fondamentaux, d'autres drames similaires continueront de se produire dans l'ombre.

Selon les procureurs de M^{me} Brosseau et de MÉMO-Québec, l'enquête publique a révélé que ce décès était évitable et résultait de nombreuses lacunes systémiques dans l'organisation, la qualité et la sécurité des soins.

Parmi les lacunes les plus critiques identifiées figure l'absence de formation adéquate du personnel infirmier en matière de prévention des plaies de pression, une communication déficiente entre les différentes unités et professionnels, l'absence de surveillance appropriée des risques et l'application inadéquate des mesures préventives comme les changements de position réguliers. La documentation clinique s'est révélée insuffisante et les préoccupations exprimées par M^{me} Brosseau, conjointe et proche aidante de M. Meunier, n'ont pas été prises en considération.

L'analyse du parcours hospitalier révèle des défaillances majeures à chaque étape. À l'urgence, aucune échelle de Braden n'a été réalisée malgré les facteurs de risque évidents. M. Meunier est demeuré 96 heures sur une civière non thérapeutique. Aux soins intensifs, bien qu'un matelas thérapeutique ait été fourni, l'évaluation des plaies est demeurée déficiente. Au département 6A, identifié comme l'unité avec la plus forte incidence de plaies de pression de l'établissement, M. Meunier s'est retrouvé à nouveau privé de surface thérapeutique pendant 68 heures.

La problématique d'accès aux surfaces thérapeutiques constitue un enjeu majeur. Le système d'entreposage externe chez Groupe Medyk Services, avec des délais standards de 24 heures pouvant s'étendre les fins de semaine, s'avère incompatible avec l'urgence clinique requise. L'absence de responsabilité claire pour l'évaluation et le choix des surfaces appropriées aggrave cette situation.

Les procureurs soulignent l'inaction prolongée des dirigeants face à des problématiques connues depuis longtemps, notamment concernant les lacunes identifiées dans le rapport d'Agrément Canada de 2022. Ils soulignent également une culture institutionnelle peu favorable à l'implication des usagers et de leurs proches aidants, malgré leur expertise particulière concernant la condition du patient. Le contraste est frappant entre la facilité avec laquelle M. Meunier a obtenu son congé et la réaction traumatisée de l'équipe du CLSC à la découverte de l'ampleur des plaies.

En conclusion, ils se questionnent sur la crédibilité des réformes annoncées par l'établissement, compte tenu de l'historique d'inaction face aux problématiques documentées. Les projets-pilotes proposés, bien qu'allant dans la bonne direction, sont jugés insuffisants pour résoudre les enjeux systémiques identifiés tout au long de l'enquête. Selon eux, cette tragédie illustre les conséquences dramatiques des défaillances systémiques dans le système de santé québécois, particulièrement pour les patients les plus vulnérables comme les personnes tétraplégiques nécessitant des soins spécialisés de prévention des plaies de pression.

McCarthy Tétrault S.E.N.C.R.L., s.r.l., procureurs des D^{rs} Ionut Helmar Efanov, Marie-Andrée Houle, Frantz Perpignan et Pierre-Olivier Tremblay⁹⁶

Selon les procureurs des médecins, l'enquête a établi que ces derniers ont joué un rôle limité dans la gestion quotidienne des plaies de pression. Leur intervention se limite aux situations nécessitant une évaluation médicale spécialisée, notamment en

⁹⁵ Mémoire déposé sous la cote C-37.1.

⁹⁶ Mémoire déposé sous la cote C-37.4.

cas d'infection ou de complications nécessitant une hospitalisation. Les témoignages des médecins impliqués (D^r Tremblay, D^{re} Houle, D^r Perpignan et D^r Amyot) confirment cette approche, où ils interviennent principalement sur sollicitation de l'équipe infirmière lorsqu'une expertise médicale est jugée nécessaire.

Cette répartition des rôles s'explique par le manque de formation spécialisée des médecins dans la gestion quotidienne des plaies de pression. L'expert, D^r Malo, a souligné que la formation médicale consacre moins d'une page sur 2 700 aux blessures médullaires et que, même dans les centres d'expertise, les médecins et résidents possèdent peu de connaissances sur cette prise en charge spécialisée.

Le personnel infirmier assume le rôle de « chef d'orchestre » dans la gestion quotidienne des plaies. Leurs responsabilités englobent l'évaluation des plaies et des facteurs de risque, le changement autonome des pansements, l'ajustement des plans de traitement, la mobilisation des patients et l'obtention des ressources nécessaires. C'est également à eux qu'incombe la responsabilité d'alerter les médecins en cas de besoin, conformément aux procédures établies qui prévoient notamment l'avis médical pour les plaies de stade 4.

L'enquête a démontré que les médecins n'ont aucune responsabilité dans l'obtention et la disponibilité des ressources et du matériel. Cette gestion relève de l'administration hospitalière, qui détermine les besoins en personnel et conclut les ententes avec les fournisseurs, notamment pour les matelas thérapeutiques avec le Groupe Medyk Services. Les demandes quotidiennes transitent par le personnel infirmier vers l'assistante-infirmière-chef. Les médecins interrogés ont confirmé qu'ils ne prescrivent pas de matelas thérapeutique et s'attendent à ce que ces besoins soient identifiés et traités par l'équipe infirmière.

L'attribution des lits constitue un processus complexe géré par M^{me} Larocque, gestionnaire de lit à l'HSJ à l'époque des faits entourant le décès de M. Meunier, qui supervise en janvier 2024 les 286 lits disponibles. La priorisation s'effectue selon des lignes directrices tenant compte du temps passé sur une civière, des fins de vie imminentes et de l'état hémodynamique des patients. Les médecins ne participent pas directement à ce processus de priorisation, bien que depuis les événements, une meilleure communication a été établie. Les procureurs soulignent également qu'aucune personne n'est spécifiquement affectée à la gestion des lits à l'HSJ les fins de semaine et les jours fériés.

Ils concluent leur mémoire en spécifiant que tous les médecins impliqués dans les soins de M. Meunier ont agi de manière appropriée et dans les limites de leurs rôles respectifs. Ils ajoutent que, bien que plusieurs enjeux institutionnels aient été identifiés, l'HSJ a mis en œuvre d'importants changements concernant la formation, l'accès aux ressources et au matériel. Ces améliorations témoignent d'un engagement institutionnel vers une meilleure qualité des soins.

Champagne, cabinet en droit de la santé, procureurs du CISSS des Laurentides⁹⁷

Le CISSS des Laurentides dessert près de 660 000 citoyens sur un territoire de 20 500 km carrés, divisé en sept réseaux locaux de services. L'organisation comprend plus de cent installations, incluant six hôpitaux, vingt-cinq groupes de médecine familiale, quarante centres de réadaptation et vingt centres d'hébergement de soins de longue durée. L'HSJ, installation à mission régionale, ne dispose pas d'unité

⁹⁷ Mémoire déposé sous C-37.3.

spécialisée pour les blessés médullaires, mais doit néanmoins dispenser des soins à cette clientèle aux besoins spécifiques.

L'équipe de soutien à domicile du CISSS des Laurentides, composée de 310 employés, avait déployé une prise en charge décrite comme investie, humaine et dédiée auprès de M. Meunier et de sa conjointe. Depuis mai 2023, il bénéficiait également de l'intervention de l'équipe des conseillères en soins de plaies, dont notamment M^{me} Limoges Lemay qui le suivait régulièrement.

Les lésions de pression aux ischions, au PIF et au siège constituaient la problématique principale dans le cas de M. Meunier. Ces plaies chroniques, présentes depuis plus de trois mois, avaient évolué vers un stade 4 (atteinte jusqu'à l'os) et ne relevaient plus d'une approche curative à l'automne 2023. Une orientation vers une approche palliative de « maintien » avait été mise en place en octobre-novembre 2023, centrée sur le contrôle de l'infection et la gestion des symptômes pour préserver la qualité de vie.

Durant l'hospitalisation du 18 au 29 janvier 2024 pour une pneumonie, plusieurs dysfonctionnements ont été identifiés. M. Meunier a séjourné quatre jours à l'urgence avant d'être transféré aux soins intensifs le 22 janvier en raison de la dégradation de son état respiratoire. Bien qu'il ait bénéficié d'une surface thérapeutique adaptée aux soins intensifs, son transfert vers l'unité de chirurgie le 26 janvier s'est fait malgré l'opposition de sa conjointe qui s'inquiétait alors de l'absence de surface thérapeutique adaptée. Il a séjourné sur un matelas régulier jusqu'à son congé le 29 janvier puisque la surface thérapeutique commandée le 26 janvier n'est arrivée qu'après sa sortie de l'hôpital.

Une aggravation des plaies de pression a été constatée dès le retour à domicile le 30 janvier 2024. Le 31 janvier, M^{me} Brosseau déposait une plainte concernant les non-conformités des soins, dénonçant notamment le manque de rigueur, de professionnalisme, de vigilance du personnel, la minimisation de la condition clinique de son conjoint ainsi que l'absence de mesures préventives adéquates.

Le 5 février 2024, l'ergothérapeute procédait à la déclaration des plaies nosocomiales à l'aide du formulaire AH-223 et un plan d'action révisé pour l'optimisation de la prévention des lésions de pression était instauré à l'HSJ. Des analyses internes ont été menées rapidement pour déployer des processus d'amélioration.

Le CISSS des Laurentides a pris l'engagement que l'histoire de M. Meunier inspire chacune de ses actions futures et a témoigné de sa détermination à ne jamais l'oublier. Cette situation appelle à une réflexion collective et à une action concertée pour offrir des soins respectueux de l'autonomie, de la dignité et de la qualité de vie des blessés médullaires au Québec.

Synthèse des principales mesures mises en place par le CISSS des Laurentides

À la suite des enquêtes menées tant par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CISSS des Laurentides ainsi que par le MSSS, le CISSS des Laurentides a déployé un vaste plan d'amélioration. Ces mesures visent à corriger les lacunes identifiées et à prévenir la récurrence d'événements similaires à ceux ayant mené au décès de M. Meunier.

Le CISSS a d'abord procédé à des rappels auprès du personnel impliqué dans les soins, notamment au niveau des responsabilités déontologiques (sensibilisation du personnel infirmier aux articles 42 et 44 du Code de déontologie, concernant

l'obligation d'aviser les instances appropriées et de ne pas faire preuve de négligence dans les soins).

Il a renforcé les protocoles de prévention (application rigoureuse de l'algorithme de prévention des lésions de pression dès l'admission des patients à risque et utilisation systématique de l'échelle de Braden pour l'évaluation complète des risques). Il a veillé à l'amélioration de la communication clinique (obligation de communiquer toute détérioration de l'état de santé aux personnes en autorité et de solliciter l'expertise interdisciplinaire au moment opportun) et à la standardisation de la documentation (utilisation obligatoire des formulaires standardisés pour l'évaluation et le suivi des plaies, garantissant un langage commun et une traçabilité).

Le CISSS a instauré une gouvernance renforcée avec une vigie directe assurée par la présidente-directrice générale, les directeurs et la commissaire aux plaintes. Les enjeux liés aux lésions de pression sont désormais suivis en comité de direction et par le comité de vigilance et de la qualité. Un tableau de bord permettant de mesurer l'incidence des lésions de pression et leur gravité a été déployé, accompagné d'un programme d'audits organisationnels incluant la prévention des lésions de pression. Un comité tactique interprofessionnel pour l'optimisation de l'intégrité de la peau a été créé, regroupant toutes les directions cliniques pertinentes, un médecin et un usager partenaire. Une politique de transfert de l'information aux points de transition des soins a été adoptée, harmonisant les échanges et identifiant les situations à risque élevé nécessitant un transfert écrit, le tout combiné à l'échange verbal.

Il a aussi adopté une politique de partenariat de soins avec les usagers, leurs proches et la population, ce qui constitue un changement important. Cette approche inclut l'implication du comité des usagers dans la diffusion d'outils d'information sur la prévention et le traitement des lésions de pression.

Le programme de formation a été considérablement renforcé avec l'ajout de formations obligatoires en soins de plaies dans les programmes d'orientation, la formation de 47 membres du personnel impliqués dans les soins concernés, la création d'un réseau de 134 infirmières ressources en soins de plaies (IRSP), dont 32 à l'HSJ, le déploiement d'audits sur la documentation clinique avec plans d'action de suivi et la mise en place d'un projet de prévalence des lésions de pression en partenariat avec l'Université du Québec en Outaouais.

Au niveau de la gestion des surfaces thérapeutiques, la création d'un comité d'optimisation de la gestion des surfaces a permis de centraliser la gestion des accès, des inventaires et des urgences. Une procédure de gestion centralisée a été mise en place, accompagnée de l'acquisition de 132 surfaces thérapeutiques additionnelles entre janvier 2024 et avril 2025. Un projet pilote de dépôt de surfaces en réserve a été lancé à l'HSJ avant d'envisager son exportation vers les autres centres.

Une nouvelle direction de la fluidité a été créée pour orchestrer la continuité des processus soutenant le parcours clinique des usagers. L'encadrement documentaire en matière de gestion des lits a été rehaussé et une politique de priorisation des admissions a été adoptée, identifiant notamment les blessés médullaires comme priorité d'admission P1 (urgent).

Au moment des audiences publiques, 32 des 43 recommandations issues des enquêtes internes menées au CISSS des Laurentides ont été réalisées ou atteintes, représentant un taux de complétion de 74,4 %. Le reste du plan demeure prioritaire et en cours de réalisation. Les témoignages recueillis lors de l'enquête publique confirment l'ampleur des transformations entreprises et l'émergence d'une prise de conscience collective au sein du CISSS des Laurentides. Cette mobilisation a été reconnue par Santé Québec et ces efforts témoignent de l'engagement de

l'organisation dans l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

CAUSE DU DÉCÈS

M. Normand Meunier est décédé des suites de complications médicales en lien avec des plaies de pression surinfectées dans le contexte d'une tétraplégie avec atteinte sensitive.

Il s'agit dans les circonstances d'un décès de mode indéterminé.

CONCLUSION

L'analyse de la preuve testimoniale et documentaire recueillie dans le cadre de mes travaux révèle plusieurs éléments troublants observés dans la prise en charge hospitalière durant la période du 18 au 29 janvier 2024. Ces observations se structurent autour de différents aspects de la trajectoire de soins qui ont probablement influencé l'évolution clinique de M. Meunier.

Durant son passage à l'urgence entre les 18 et 22 janvier 2024, l'absence d'échelle de Braden et de document standardisé de suivi des plaies au dossier clinique a été constatée. Cette situation a certainement limité l'évaluation structurée du risque de développement de plaies de pression et a réduit la traçabilité des soins entre les différents intervenants et les changements d'équipe.

Concernant l'application des mesures préventives, la mobilisation toutes les deux heures a été inscrite au plan de soins en tenant compte de l'état de M. Meunier. Cependant, l'assiduité de l'exécution de cette mesure par les préposés aux bénéficiaires n'a pu être confirmée par une documentation formelle, créant ainsi une incertitude quant à la mise en œuvre de ces interventions.

Le matelas thérapeutique a été commandé le 26 janvier 2024 via l'application Go Medyk sans mention d'urgence, ce qui a entraîné sa livraison le 29 janvier, date qui coïncidait avec la sortie de l'hôpital de M. Meunier. Il est indéniable que ce délai a empêché l'utilisation de cet équipement durant l'hospitalisation.

En janvier 2024, l'intervention de l'ergothérapeute s'est concentrée initialement sur un mandat spécifique lié à une cloche d'appel à l'urgence, avec une implication décrite comme étant tardive. Cette approche ciblée a orienté l'intervention vers des aspects techniques précis plutôt que vers une évaluation globale des besoins.

Malgré une détérioration observée des plaies de pression au siège durant le séjour du 18 au 29 janvier, aucune sollicitation de l'infirmière conseillère en soins de plaies ou de la stomathérapeute n'a été documentée. Cette absence d'implication d'expertise spécialisée constitue un élément marquant dans la trajectoire de soins.

La sollicitation de la nutritionniste a été identifiée comme pouvant être plus précoce et soutenue, tant durant les hospitalisations de 2023 et de 2024, qu'en dehors de celles-ci. Cette situation a pu influencer le dépistage d'une dénutrition potentiellement masquée par la morphologie de M. Meunier.

Les témoignages des médecins impliqués dans la trajectoire de soins révèlent une perception selon laquelle le suivi des plaies était assumé par le personnel infirmier, car ceux-ci possédaient une formation spécialisée dans ce domaine. Cette organisation des responsabilités s'inscrivait dans un contexte où les médecins

géraient prioritairement les enjeux respiratoires liés aux admissions répétées depuis décembre 2023. Les médecins s'attendaient à être informés d'une détérioration des plaies, mais cette communication ne semble pas avoir été établie de manière optimale.

Ces constats quant à l'absence d'outils standardisés, aux délais dans l'accès aux équipements thérapeutiques, à la coordination des interventions spécialisées et aux modalités de communication entre les professionnels me renseignent sur la trajectoire de soins vécue par M. Meunier. Ces éléments soulignent l'importance des processus organisationnels et communicationnels dans la prise en charge des usagers présentant des besoins complexes et multidisciplinaires.

La prise en charge des personnes ayant subi une blessure médullaire nécessite une attention particulière concernant la prévention des plaies. Toutes les plaies chez ces usagers devraient être évitées ou contenues dès le stade précoce, car leur développement peut entraîner des conséquences durables sur la santé et la qualité de vie. Les blessés médullaires présentent des facteurs de risque spécifiques liés à la perte de sensibilité, à l'immobilité prolongée et aux troubles de la circulation sanguine, ce qui favorisent l'apparition des lésions cutanées.

Un aspect essentiel à retenir est que, même après la guérison complète d'une plaie, la peau conserve une fragilité particulière à l'endroit affecté. Cette zone cicatrisée demeure un site à risque élevé, susceptible de développer ultérieurement des lésions de pression. Cette vulnérabilité permanente souligne l'importance d'une surveillance continue et de mesures préventives adaptées tout au long de la vie de l'individu. L'inspection quotidienne de la peau devient alors un geste incontournable, accompagné de changements de position réguliers et de l'utilisation d'équipements de prévention appropriés comme les matelas anti-plaies et les coussins de positionnement.

L'éducation de l'utilisateur et de son entourage constitue une force fondamentale de la prévention. Il est essentiel que les blessés médullaires acquièrent les connaissances nécessaires pour reconnaître les signes précurseurs d'une lésion cutanée et maîtrisent les techniques de prévention. Cette formation doit également s'étendre aux aidants familiaux et aux soignants qui interviennent au domicile, car la continuité des soins préventifs ne doit pas être interrompue lors du retour à la maison.

La prévention et la gestion de ces complications ne relèvent pas d'une seule spécialité médicale. C'est l'ensemble de la communauté soignante qui porte sur ses épaules une responsabilité importante dans cette prise en charge multidisciplinaire. Les médecins, les infirmiers spécialisés, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les diététistes doivent coordonner leurs interventions pour offrir une approche globale. Cette approche collaborative est essentielle pour assurer une qualité de soins optimale et prévenir efficacement les complications.

Je suis convaincu que la mise en place de protocoles de soins standardisés et d'outils d'évaluation du risque permettra d'améliorer la qualité et l'uniformité des pratiques. L'intégration de nouvelles technologies de surveillance et l'amélioration constante des équipements de prévention ouvrent de nouvelles perspectives. Les initiatives actuelles dans ce domaine laissent entrevoir des améliorations significatives dans la prévention et le traitement des plaies chez les blessés médullaires, ce qui offrira assurément de meilleures perspectives de santé et de bien-être à cette population vulnérable.

RECOMMANDATIONS

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formule les recommandations suivantes :

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-1] S'assure, lors des périodes achalandées, d'accroître l'accès aux lits d'hospitalisation pour les usagers blessés médullaires admis aux urgences dans tous les établissements du réseau de la santé du Québec;
- [R-2] Veille à un usage systématique des outils d'évaluation et de suivi des plaies au sein des établissements de santé;
- [R-3] Veille au déploiement d'un outil accessible dans tout le réseau de la santé, par exemple le Dossier santé numérique (DSN), permettant l'intégration d'un système d'alerte spécifique pour les usagers blessés médullaires;
- [R-4] S'assure que le Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec (CEBMEQ) et le Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ) puissent offrir un soutien ponctuel ainsi qu'une formation pérenne aux intervenants des établissements de santé susceptibles de recevoir ce type de clientèle;
- [R-5] S'assure que les processus de transferts intra et interétablissements pour les usagers blessés médullaires soient uniformisés avec des protocoles clairs de communication;
- [R-6] Instaure un modèle harmonisé de suivis sur le long terme pour les usagers blessés médullaires en s'assurant d'un continuum de soins entre les centres d'expertise et les établissements;
- [R-7] S'assure que chaque établissement du réseau de la santé ait accès rapidement à un lot de surfaces thérapeutiques;
- [R-8] Mette en place des mesures pérennes permettant d'accroître le partenariat de soins avec les usagers blessés médullaires et leurs proches en s'appuyant sur la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*;
- [R-9] Implante les meilleures pratiques pour encadrer la prise en charge des usagers blessés médullaires dans tous les services d'urgence des établissements du réseau de la santé du Québec;
- [R-10] Désigne par région les établissements responsables de l'offre et de l'accès aux examens et aux traitements spécialisés pour les usagers blessés médullaires.

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides** :

- [R-11] Garantisse l'accès dans un meilleur délai à une surface thérapeutique pour tout usager blessé médullaire dès son arrivée dans l'établissement, dont notamment à l'urgence;
- [R-12] Forme les intervenants à la sélection appropriée des surfaces thérapeutiques pour les usagers blessés médullaires;

- [R-13] Rende disponibles les équipements appropriés pour les soins requis aux usagers blessés médullaires et dispenser aux intervenants la formation nécessaire pour l'utilisation de ce matériel spécialisé;
- [R-14] Mette en place un système d'alerte dès l'arrivée d'un usager blessé médullaire à l'urgence et adopte des mécanismes de surveillance clinique préventive permettant une intervention rapide;
- [R-15] Désigne un intervenant pivot qui serait disponible de jour, du lundi au dimanche inclusivement, afin de garantir un continuum dans les soins offerts aux clientèles complexes comme les usagers blessés médullaires;
- [R-16] Implique systématiquement un intervenant spécialisé en soins de plaie dès le début de la prise en charge d'un usager blessé médullaire;
- [R-17] Développe une procédure qui inclut l'implication des ergothérapeutes dès l'arrivée d'un usager blessé médullaire dans l'établissement, dont notamment à l'urgence;
- [R-18] Développe une procédure afin de décloisonner les soins de plaies en mettant à contribution l'expertise de chaque intervenant et favorise la collaboration ainsi que la communication;
- [R-19] Assure une formation initiale adéquate des intervenants au sujet des besoins spécifiques en lien avec les usagers blessés médullaires et intègre l'approche interprofessionnelle dès le début de leur pratique;
- [R-20] Systématise l'utilisation des outils d'évaluation et de suivi des plaies déjà existants au sein de l'établissement en définissant des protocoles clairs pour leur utilisation et en assurant une formation adéquate des intervenants;
- [R-21] S'assure que les intervenants utilisent des outils visuels au chevet des usagers blessés médullaires rappelant que « la personne reste l'experte de sa condition clinique »;
- [R-22] Veille à adopter une approche de partenariat entre les usagers blessés médullaires, leurs proches et les intervenants afin de prendre en considération le savoir expérientiel et leur vécu;
- [R-23] S'assure que la déclaration des plaies nosocomiales soit effectuée par la complétion systématique du formulaire AH-223, en rappelant aux intervenants son obligation, afin de mettre en place les actions requises et de prévenir la survenue et la récurrence de ces plaies;
- [R-24] Complète les audits nécessaires afin de rehausser la formation et la qualité des soins dispensés aux usagers blessés médullaires.

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, dont fait partie le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens** :

- [R-25] Effectue un rappel aux médecins de l'Hôpital de Saint-Jérôme concernant l'importance d'acquérir les compétences nécessaires en lien avec les soins destinés aux usagers blessés médullaires et partage des liens de formations reconnues sur le sujet.

Je recommande que le **ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** :

- [R-26]** S'assure de l'implantation d'un comité provincial aviseur en prévention et traitement des lésions de pression visant notamment à standardiser la formation, la documentation et le développement d'outils facilitant le travail des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux;
- [R-27]** Mandate un groupe d'experts afin de développer des plans de soins standardisés visant les usagers blessés médullaires ainsi que des outils de communication, incluant des affiches, portant sur les besoins spécifiques;
- [R-28]** Optimise le programme de formation continue en soins de plaies existant et s'assure que tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient accès à la formation;
- [R-29]** Analyse dans les meilleurs délais, en consultant les acteurs clés concernés, l'opportunité de créer un centre d'expertise national de référence spécialisé en traitement des plaies regroupant des intervenants de la recherche et de la formation professionnelle.

Je recommande que le **Collège des médecins du Québec** :

- [R-30]** Avise ses membres, par les moyens appropriés, de la spécificité des soins à offrir aux blessés médullaires, en particulier quant à la prévention et au traitement des plaies, ainsi que de leurs obligations déontologiques en lien avec la formation continue obligatoire.

Je recommande que l'**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec** :

- [R-31]** Sensibilise leurs membres sur les soins destinés aux usagers blessés médullaires et leur offre une formation de base et continue sur le sujet.

Québec, le 17 novembre 2025.



Me Dave Kimpton, coroner

ANNEXE I – LA PROCÉDURE

Le 25 juin 2024, le coroner en chef du Québec, M^e Reno Bernier, ordonnait la tenue d'une enquête publique à la suite de la demande du ministre de la Sécurité publique de l'époque, M. François Bonnardel, concernant le décès de M. Normand Meunier, survenu le 29 mars 2024.

J'ai alors été désigné afin de mener à terme cette enquête et de faire la lumière sur les causes et les circonstances entourant ce décès, d'identifier les facteurs contributifs et de formuler, le cas échéant, des recommandations.

Le 21 août 2024, le D^r Marc Jalbert a été nommé assesseur pour m'assister et m'éclairer dans le cadre de ces travaux.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande soit :

- M^{me} Sylvie Brosseau, représentée par M^e Patrick Martin-Ménard et M^e Marie Malavaud (*Ménard Martin, Avocats*);
- Moelle épinière et motricité Québec, représentée par M^e Patrick Martin-Ménard et M^e Marie Malavaud (*Ménard Martin, Avocats*);
- Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, représenté par M^e Mélanie Champagne et M^e Myriam Sahi (*Champagne, cabinet en droit de la santé*);
- Santé Québec, par l'entremise du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, représenté par M^e Mélanie Champagne et M^e Myriam Sahi (*Champagne, cabinet en droit de la santé*);
- Les D^{rs} Ionut Helmar Efanov, Marie-Andrée Houle, Frantz Perpignan et Pierre-Olivier Tremblay, représentés par M^e Emmy Serikawa et M^e Adrienne Desmarais-Fyfe (*McCarthy Tétrault S.E.N.C.R.L., s.r.l.*);
- L'Ordre des ergothérapeutes du Québec, représenté par M^e Yannick Chartrand (*Ordre des ergothérapeutes du Québec*)⁹⁸.

J'ai été assistée tout au long de la préparation et de la tenue de l'enquête publique par M^e Vanessa Nadeau et M^e Pierre-Olivier Bilodeau, procureurs aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences publiques se sont déroulées du 5 au 9 mai, du 12 au 16 mai et du 2 au 6 juin 2025 au palais de justice de Montréal, pour un total de 11 jours d'audiences.

J'ai entendu 55 témoins et 198 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la *Loi sur les coroners* (suivies d'un astérisque dans la liste des pièces à l'Annexe II).

⁹⁸ Pour le volet recommandations uniquement.

Finalement, à titre de rappel, j'ai émis les ordonnances suivantes :

- Pour toutes les pièces visées par un astérisque dans la liste, j'ai émis une ordonnance de non-publication et de non-divulgation, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans;
- J'ai émis une ordonnance visant l'interdiction de prendre des photographies, des captures d'écran, de procéder à un enregistrement audio et/ou vidéo et de diffuser en direct ou en différé l'audience;
- Le 7 mai 2025, j'ai ordonné la levée de l'interdiction de publication et de diffusion sur la pièce C-7.2, photo des plaies prises par M^{me} Brosseau (décision écrite déposée sous la cote C-16);
- Le 15 mai 2025, j'ai ordonné l'interdiction de publication et de diffusion de l'information relatée par M^{me} Sylvie Brosseau, dans le cadre de son témoignage, concernant les motifs d'absences des stomathérapeutes.

ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C-1	Ordonnance d'enquête publique – 2024-06-25
C-1.1	Ordonnance – Désignation d'un nouveau procureur – 2024-11-28
C-1.2	Décret 1326-2024 – Nomination d'un assesseur – 2024-08-21
C-2 *	Dossier clinique - Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
C-3 *	Dossier clinique - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
C-3.1 *	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal – Aide-mémoire personnalisé en cas d'hospitalisation
C-3.2 *	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal – d'intervention finale 2022-11-16
C-4 *	Dossier clinique - CLSC Lafontaine - Décembre 2023
C-4.1 *	Dossier clinique - CLSC Lafontaine - Notes évolutives et formulaires Janvier-avril 2024
C-4.1A	Engagement 8 : Note manquante – M ^{me} Ecaterina Clefas – Courriel de M ^e Champagne indiquant que cette information n'est pas disponible
C-4.2 *	Service d'aide à domicile – Suivi des plaies
C-4.3	Déclaration – M ^{me} Ecaterina Clefas – 2025-04-22
C-4.4	Engagement 9 - Déclaration – M ^{me} Émilie Turcotte – 2025-05-08
C-4.5 *	Engagement 6 - Dossier clinique - CLSC Lafontaine - Évaluation, observation et suivi de plaie et/ou plan de traitement
C-4.6 *	Engagement 28 – Notes du soutien à domicile (août à octobre 2023)
C-4.7 *	Notes Medesync – Suivi des médecins concernant le soutien à domicile
C-4.8 *	Engagement 12 : Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – Février 2024
C-5 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Sommaires des hospitalisations 2023-2024
C-5.1 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation mai 2023
C-5.2 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation décembre 2023
C-5.3 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisations janvier 2024
C-5.4 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation février 2024

Cote	Description
C-5.5 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation janvier-février 2024
C-5.5A	Engagement 16 : Information additionnelle concernant le document mentionné à la page 734 de la pièce C-5.5 – Courriel de M ^e Champagne apportant des précisions
C-5.6 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation mars 2024
C-5.7 *	Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – 2024-02-08
C-5.8 *	Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – 2024-08-15
C-5.9 *	Hôpital de Saint-Jérôme - Hospitalisation mai 2023
C-5.9A *	Engagement 13 : Annexe au AH-223 – 2024-02-05
C-5.10 *	Engagement 20 - Registre des interventions en stomathérapie
C-5.11	Présentation – M ^{me} Anne-Marie Lajeunesse
C-5.12 *	Engagement 3 : Note du 4 octobre 2022 rédigée par M ^{me} Marie-France Tougas
C-5.13 *	Engagement 28 : notes de plastie/microbiologie en clinique externe – Hôpital de Saint-Jérôme
C-5.14	Déclaration – D ^r Sylvain-Luc Amyot
C-5.15	Engagement 31 : Rapports concernant la gestion des lits (incluant ceux de l'équipe de la coordination hospitalière) entre les 18 et 22 janvier 2024
C-5.16	Engagement 21 : Cardex du patient pour janvier 2024 – Lettre confirmant que ces documents ne sont pas conservés aux archives
C-5.17	Déclaration – M. Huguens Charles Paul
C-5.17A	Engagement 37 – Échange courriel mentionné dans la déclaration de M. Huguens Charles Paul
C-5.17B	Engagement 38 – Échange courriel entre M. Paul et M ^{me} Tremblay
C-5.17C	Engagement 39 - Rapports des coordonnateurs d'activités du local D-108 entre le 18 et le 22 janvier 2024
C-5.18	Déclaration – M ^{me} Mylène Tremblay
C-5.19	Engagement 22 : Implication du témoin M ^{me} Roxanne Saureth-Tanguay le 5 janvier 2024 auprès de M. Meunier
C-5.20	Engagement 18 : Présentation au soutien du témoignage de M. Jason Safrany

Cote	Description
C-5.20A	Engagement 18 – Documents au soutien du témoignage de M. Jason Safrany
C-5.21	Engagement 24 : État de situation de M ^{me} Anne-Marie Lajeunesse (2024-02-05)
C-5.21A	Engagement 24 : Plan d'action de M ^{me} Anne-Marie Lajeunesse (2024-02-05)
C-5.22	Engagement 26 : Résultats des audits réalisés par l'Hôpital de Saint-Jérôme en lien avec la prise en charge des plaies de pression de 2023 à 2025
C-5.23	Engagement 30 : nombre de patients/usagers en attente d'un lit toutes trajectoires confondues du 18 au 22 janvier 2024
C-5.24	Engagement 33 : document Priorisation des admissions clientèle adulte santé physique (2024-12-23) <i>Déplacé sous la cote C-10.6</i>
C-5.25	Liste des lits attribués aux usagers de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Jérôme entre le 2024-01-18 (14 h 7) et le 2024-01-25 (13 h 42)
C-6 *	Dossier clinique - Clinique Cité Mirabel
C-7 *	Photos des plaies – Service d'aide à domicile – Décembre 2023 à janvier 2024
C-7.1 *	Photo des plaies transmise à la plastie – Note du 2024-02-02
C-7.2	Photos des plaies prises par M ^{me} Brosseau – 2024-02-03 et 2024-03-22
C-7.3 *	Photos des plaies – Service d'aide à domicile – Décembre 2023 à janvier 2024 – Document annoté par M ^{me} Nathalie Forget
C-7.4 *	Engagement 20 - Photos des plaies - Stomathérapie
C-7.5*	Engagement 4 : Tableau de suivi des plaies aux ischions, pli interfessier et siège
C-8	 Dossier contenant les formulaires du CISSS des Laurentides
C-8.1	Évaluation du risque de lésion de pression (échelle de Braden)
C-8.2	Plan de traitement de la plaie
C-8.3	Évaluation initiale et suivi évolutif d'un usager porteur de plaies
C-8.4	Évaluation, observation et suivi de la plaie
C-9	 Dossier contenant les politiques et procédures en place lors de l'événement - CISSS des Laurentides
C-9.1	Traitement local des lésions de pression
C-9.2	Démarche de prévention des lésions de pression

Cote	Description
C-9.3	Facteurs de risque pouvant contribuer au développement d'une lésion de pression
C-9.4	Interventions préventives à l'apparition d'une lésion de pression
C-9.5	Protocole interdisciplinaire - Prévention des lésions de pression
C-9.6	Algorithme décisionnel pour l'optimisation de l'utilisation des surfaces thérapeutiques
C-9.7	Rôles et responsabilités minimales attendues par le personnel infirmier dans le domaine des soins de plaies
C-9.8	Aide-mémoire (cadran) – Horaire de positionnement – Mobilisation
C-9.9	Engagement 14 : Note de service – Établissement du contact téléphonique lors de transfert d'un usager vers un centre hospitalier – 2022-04-13
C-9.10	Note de service – Gestion du parc de surfaces thérapeutique – 2022-11-03
C-9.11	Note de service - Rapport d'incidence des lésions de pression – 2023-04-06
C-9.12	Note de service - Feuille d'enseignement à l'intention de l'usager et de son proche aidant sur les autosoins de plaies – 2023-04-13
C-9.13	Note de service - Suivi des matelas thérapeutiques et voyage en blanc – 2022-06-30
C-9.14	Note de service - Comment contacter l'équipe de conseillères en soins de plaies et stomies de l'Hôpital de Saint-Jérôme – 2023-04-27
C-9.15	Note de service – Formation obligatoire : soins de plaies – 2023-07-20
C-9.16	Présentation - Soins infirmiers – Les soins de plaies font peau neuve – Septembre 2018
C-9.17	Présentation – Préposés aux bénéficiaires – Soins de la peau
C-9.18	Note de service - Procédure de transfert de l'information aux points de transition – 2023-10-04
C-9.19	Procédure clinique portant sur la transmission de l'information aux points de transition en milieu hospitalier – Révisée le 2019-10-18
C-9.20	Formulaire - Transmission d'informations aux points de transition en milieu hospitalier – 2022-03-18
C-9.21	Structure IDÉA pour une communication efficace – Novembre 2018

Cote	Description
C-9.22	 Dossier contenant les documents en lien avec l'Engagement 29 : Algorithme disponible à la gestion des lits (en place lors de l'événement)
C-9.22A	Tâches de l'infirmière à la gestion des lits – Juillet 2024 (<i>anciennement C-9.22</i>)
C-9.22B	Rencontres de fluidité – 2023-08-24
C-10	 Dossier contenant les politiques et procédures mises à jour depuis l'événement - CISSS des Laurentides
C-10.1	Projet Pilote - Accessibilité aux surfaces thérapeutiques à l'Hôpital de Saint-Jérôme
C-10.2	Surfaces thérapeutiques - Civières de l'urgence
C-10.2A	Engagement 5 : Surfaces thérapeutiques - Civières de l'urgence (version révisée le 28 avril 2025)
C-10.3	Gestion centralisée des surfaces thérapeutiques
C-10.4	Engagement 14 : Note de service - Mise en place trajectoire SAD et urgence pour l'Hôpital de Saint-Jérôme – 2025-04-17
C-10.5	 Dossier contenant les documents en lien avec l'Engagement 29 : algorithme disponible à la gestion des lits (mis à jour depuis l'événement)
C-10.5A	Manuel de gestion des admissions – 2025-05-07 (<i>anciennement C-10.5</i>)
C-10.5B	Surcapacité – Processus accéléré de demande de lit post-hospitalier – 2025-06-10
C-10.5C	Processus médico-administratif – Admission clinique externe – 2024-05-06
C-10.5D	Critères d'admission/d'exclusion/priorisation - Unité de courte durée gériatrique (UCDG) – 2025-03-12
C-10.5E	Tableau des rencontres – 2024-08-05
C-10.5F	Critères d'admission - Soins intensifs et Soins coronariens – 2024-12-05
C-10.5G	Plan de surcapacité hospitalière et de fluidité réseau - 2024-03-14
C-10.5H	Bilan accompagnement PAICAT - Indicateurs PEC/DMS/NSA – Avril 2025
C-10.5I	Implantation de la Planification précoce et conjointe de congé (PPCC) - Rencontre Bilan - 2024-02-27
C-10.6	Engagement 33 : document Priorisation des admissions clientèle adulte santé physique (2024-12-23)

Cote	Description
C-11	Résumé des recommandations - Rapport de la Commissaire aux plaintes et de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) - CISSS des Laurentides
C-12	Déclaration – M ^{me} Sylvie Brosseau – 2025-03-25
C-13	 Dossier contenant les documents concernant le Groupe Medyk Services
C-13.1	Contrat entre le Groupe Medyk Services et le CISSS des Laurentides
C-13.2	Copies de commandes du CISSS des Laurentides à Groupe Medyk Services
C-13.2A	Ajout – Commande du 2024-02-25
C-13.3	Groupe Medyk Services – Rapport de commandes concernant M. Normand Meunier
C-13.4	Courriel URGENT – Surface curative bariatrique – 2024-03-01
C-13.5	Déclarations – M. Patrick Fortin – 2025-01-08 et 2025-01-23
C-13.6	Échange courriel entre Groupe Medyk Services et CISSS des Laurentides – Délai de livraison – 2024-02-28
C-13.7	Échange courriel entre Groupe Medyk Services et CISSS des Laurentides – Inventaire insuffisant – 2024-02-29
C-13.8	Engagement 25 : Échange du 28 février 2024 entre M ^{me} Anne-Marie Lajeunesse et M. Picard - Courriel de M ^e Champagne indiquant qu'il n'existe pas d'autres documents que ceux déjà déposés sous les cotes C-13.6 et C-13.7
C-13.9	Engagement 15 : Registre de commande pour la période d'hospitalisation de mai 2023
C-13.10	Engagement 34 : Guide d'utilisation de l'application Go Medyk comportant des captures d'écran de la plateforme (2022-11-01)
C-13.11	Engagement 34 – Présentation de l'application Go Medyk comportant des captures d'écran de la plateforme (2025)
C-13.12	Engagement 35 : Contrat conclu entre le Groupe Medyk Services et le CISSS des Laurentides (2017)
C-13.12A	Engagement 35 – Devis du contrat concernant la gestion des surfaces thérapeutiques du CISSS des Laurentides (2017)
C-13.12B	Engagement 35 – Annexe A : Inventaire des surfaces thérapeutiques AVQ-AVD (2017)

Cote	Description
C-13.12C	Engagement 35 – Annexe A : Inventaire des surfaces thérapeutiques CH-CHSLD-SAD (2017)
C-13.12D	Engagement 35 – Annexe B : Exigences de conformité (2017)
C-13.12E	Engagement 35 – Addenda (2017)
C-13.13	Engagement 35 – Contrat conclu entre le Groupe Medyk Services et le CISSS des Laurentides (2024)
C-13.14	Inventaire des surfaces thérapeutiques du CISSS des Laurentides entre 2023 et 2025
C-14	Présentation – M ^{me} Valérie Christin – Sûreté du Québec
C-15	Engagement 1 : Dépliant – Prendre soin de sa peau (2024)
C-15.1	Engagement 1 : Dépliant – Alerte médicale – Lésion médullaire (2015)
C-15.2	Engagement 2 : Vivre avec une lésion médullaire – Chapitre 2 – Sauver sa peau
C-16	Décision quant à la demande des tiers intervenants pour la levée partielle d'une ordonnance de non-publication et de non-diffusion de pièces – Rendue par M ^e Dave Kimpton - 2025-05-07
C-16.1	Demande des tiers intervenants pour la levée partielle d'une ordonnance de non-publication et de non-diffusion de pièces – Présentée par Groupe TVA inc. et Média QMI inc. - 2025-05-06
C-17	Engagement 11 : Ordre des ergothérapeutes du Québec – Extrait du manuel de formation (table des matières) – Prévention et traitement des lésions de pression en ergothérapie
C-17.1	Courriel de M. Yannick Chartrand (Ordre des ergothérapeutes du Québec) – Précisions concernant la formation
C-18 *	Engagement 28 : notes de plastie/microbiologie en clinique externe – Clinique médico-chirurgicale des Laurentides
C-19	Engagement 36 – Photographies – Matelas aperçues par M ^{me} Brosseau au 6 ^e étage de l'Hôpital de Saint-Jérôme (2024-01-28 18 h 55)
C-20	 Dossier contenant les documents en réponse à l'engagement 7 : Formation donnée de décembre 2022 à aujourd'hui qui vise l'accueil, l'orientation et la formation en soins de plaies pour le personnel infirmier œuvrant au Soutien à domicile et en Ressource intermédiaire
C-20.1	Formations données entre 2022-12-01 à ce jour
C-20.2	Questionnaire – Bilan des connaissances infirmières SAD-RI

Cote	Description
C-20.3	Aide-mémoire – Orientation infirmière en SAD-RI
C-20.4	Formations reçues entre 2022-12-01 à ce jour
C-20.5	Index – Accueil régional
C-20.6	Présentation – Accueil (locale)
C-20.7	Présentation – Accueil (régionale)
C-20.8	M ^e Champagne – Courriel explicatif concernant l'engagement 7
C-21	Engagement 10 : Courriel explicatif – Chèque emploi-service et autres services offerts aux familles
C-21.1	Dépliant – Les services d'aide à domicile et le chèque emploi-service – Vous recevez de l'aide
C-21.2	Dépliant – Les services d'aide à domicile et le chèque emploi-service – Vous fournissez un service d'aide à domicile
C-22	Engagement 27 : Statistiques – Nombre de déclarations d'incident ou d'accident concernant les plaies de pression
C-23	Engagement 23 : Participation pour la formation offerte en sensibilisation aux de plaies de pression du 6 novembre au 1 ^{er} décembre 2023 – Tableau de suivi
C-23A	Engagement 23 : Comptabilisation des présences
C-23.1	Note de service - Mois de la prévention des lésions de pression – 2023-11-02
C-23.2	Note de service – Capsule de formation en soins de plaies – 2023-10-12
C-23.3	Note de service – Formations en soins de plaies – 2023-01-12
C-23.4	Mois de la prévention des lésions de pression – Octobre 2023
C-23.5	Journal des pratiques professionnelles en soins infirmiers – Extrait concernant la Journée mondiale de la prévention des lésions de pression – Novembre 2023
C-24	Présentation – M ^{me} Karine Couturier – CISSS des Laurentides
C-24.1	Présentation – M. Oualid Albaz - CISSS des Laurentides
C-24.2	Engagement 32 : Nombre de lits par 1000 habitants du CISSS des Laurentides du 24 janvier 2024 à ce jour
C-24.3	Engagement 40 : Liste des problématiques/lacunes identifiées suivant les événements au CISSS des Laurentides

Cote	Description
	VOLET RECOMMANDATIONS
C-25	Présentation – M ^{me} Anne-Marie Lagacé – Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (CEBMOQ)
C-25.1	Recommandations – M ^{me} Anne-Marie Lagacé – Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (CEBMOQ)
C-25.2	 Dossier contenant les documents à l'appui de la présentation de M ^{me} Anne-Marie Lagacé
C-25.2A	Affiche - Du domicile à l'hôpital : la routine continue
C-25.2B	Cheminement de la clientèle avec lésion médullaire (LM) traumatique
C-25.2C	Échelle de Braden et facteurs prédisposants
C-25.2D	Tournée horaire qualité ABCDE
C-25.2E	Ordonnance postopératoire chirurgie du rachis avec atteinte médullaire
C-25.2F	Communication inter-unités
C-25.2G	Guide clinique pour la prise en charge spécifique de la clientèle avec lésion médullaire
C-25.2H	Guide d'information pour les blessés médullaires et leurs proches
C-25.2I	Procédure blessés médullaires – 18A : Prévention des lésions de pression
C-25.2J	Procédure concernant la prévention des lésions de pression
C-25.2K	Gestion et utilisation des surfaces thérapeutiques du CISSS NIM Installations : Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Hôpital Fleury et Hôpital Jean-Talon
C-25.2L	Règle de soins infirmiers – Activité clinique : Prévention des lésions de pression
C-26	Présentation – M ^{me} Caroline Joly et D ^{re} Géraldine Jacquemin - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (CEBMOQ)
C-27	Présentation – M. Alexandre Nadeau et M ^{me} Marie-Christine Jobin-Chayer – Ordre des ergothérapeutes du Québec
C-28	Présentation – M ^{me} Joëlle Émond – Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec

Cote	Description
C-29	Présentation – MM. Walter Zelaya et Claude Labelle - Moelle épinière et motricité Québec
C-29.1	Protecteur du citoyen – Rapport d'intervention – CIUSSS de la Capitale-Nationale – 2024-10-07
C-29.2	Protecteur du citoyen – Rapport d'intervention – CHU de Québec Université Laval – 2024-12-02
C-29.3	Moelle épinière et motricité Québec - L'organisation des soins et services destinés aux blessés médullaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : État de la situation et recommandations
C-30	Présentation – D ^r Christian Malo – CHU de Québec
C-31	Présentation – M. Steve Desjardins, M. Claude Ménard et M ^{me} Karine Couturier – CISSS des Laurentides
C-31.1	Plan d'action intégré CISSS des Laurentides – Suivi des recommandations
C-31.2	Recommandations du CISSS des Laurentides à la suite de l'enquête du coroner
C-32	Présentation – M ^{me} Catherine Truchon - Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
C-33	Présentation – M ^{me} Liza O'Doherty et M. Philippe Lottin – Santé Québec
C-34	Présentation – M ^{me} Geneviève Landry - ministère de la Santé et des Services sociaux
C-35	Regroupement Québécois en Soins de Plaies (RQSP) et Canadian Pressure Injury Advisory Panel (CPIAP) – Lettre du 27 mai 2025 adressée à M ^e Dave Kimpton
C-36	Association des infirmières et infirmiers stomathérapeutes du Québec – Courriel du 2 juin 2025 adressé à M ^e Nadeau
C-37	 Dossier contenant les mémoires et les répliques des personnes intéressées
C-37.1	Mémoire - M ^{me} Sylvie Brosseau, représentée par M ^e Patrick Martin-Ménard et M ^e Marie Malavaud (<i>Ménard Martin, Avocats</i>)
C-37.2	Mémoire - Moelle épinière et motricité Québec, représentée par M ^e Patrick Martin-Ménard et M ^e Marie Malavaud (<i>Ménard Martin, Avocats</i>)
C-37.3	Mémoire - Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, représenté par M ^e Mélanie Champagne et M ^e Myriam Sahi (<i>Champagne, cabinet en droit de la santé</i>)

Cote	Description
C-37.4	Mémoire - Les D ^{rs} Ionut Helmar Efanov, Marie-Andrée Houle, Frantz Perpignan et Pierre-Olivier Tremblay, représentés par M ^e Emmy Serikawa et M ^e Adrienne Desmarais-Fyfe (<i>McCarthy Tétrault S.E.N.C.R.L., s.r.l.</i>)
C-37.5	Réplique - M ^{me} Sylvie Brosseau et Moelle épinière et motricité Québec, représentées par M ^e Patrick Martin-Ménard et M ^e Marie Malavaud (<i>Ménard Martin, Avocats</i>)
C-37.6	Réplique - Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, représenté par M ^e Mélanie Champagne et M ^e Myriam Sahi (<i>Champagne, cabinet en droit de la santé</i>)

ANNEXE III - LISTE DES ACRONYMES

AIC	Assistante-infirmière-chef
AMM	Aide médicale à mourir
ASIA	American Spinal Injury Association
CEBMEQ	Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec
CEBMOQ	Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPIAP	Canadian Pressure Injury Advisory Panel
DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DSN	Dossier santé numérique
HSJ	Hôpital de Saint-Jérôme
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IRSP	Infirmières ressources en soins de plaies
LM	Lésion médullaire
LTP	Lésion des tissus profonds
MCAS	Maladie cardiaque athérosclérotique
MÉMO-Québec	Moelle épinière et motricité Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIF	Pli interfessier
PPCC	Planification précoce et conjointe de congé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RQSP	Regroupement Québécois en Soins de Plaies
SAD	Services du soutien à domicile
SAHS	Syndrome d'apnée et d'hypopnée du sommeil
VRS	Virus respiratoire syncytial