



# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-08211

Le présent document constitue  
une version dénominalisée du  
rapport (sans le nom du défunt).  
Celui-ci peut être obtenu dans  
sa version originale, incluant le  
nom du défunt, sur demande  
adressée au Bureau du coroner.

Me Yvon Garneau  
Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2024-10-25 Date de l'avis		2024-08211 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
77 ans Âge	Masculin Sexe	
Notre-Dame-du-Bon-Conseil Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2024-10-25 Date du décès		Notre-Dame-du-Bon-Conseil Municipalité du décès
CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil Lieu du décès		

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

M. ██████ ██████ est identifié visuellement au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, à Notre-Dame-du-Bon-Conseil, le jour de son décès, par un membre de la famille.

**CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

Le 3 juillet 2024, M. ██████ est admis au CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil à la suite d'un transfert depuis le CHSLD Sainte-Dorothée à Laval (Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] de Laval), où il résidait depuis décembre 2023. Il est arrivé par un transport organisé par ce CHSLD avec plusieurs plaies de pression à des stades indéterminés à ce moment. Une demande de précisions sur l'état du patient transféré est aussitôt faite auprès du lieu d'origine, engendrant par la suite diverses confusions quant à la véritable condition de M. ██████.

À son arrivée, des plaies de pression avec atteinte des tissus profonds sont observées aux endroits suivants : deux talons, hallus valgus gauche et droit, côté du pied droit, sacrum et deux hanches. Selon les premières observations, une installation de transport défaillante (absence de fauteuil adapté) est probablement en cause, bien que d'autres causes antérieures possibles ne puissent être exclues. Des soins appropriés sont alors débutés, après la mise en place d'un plan d'intervention pour les plaies, avec un soulagement continu de la douleur.

Le 12 juillet 2024, une commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services est avisée d'un signalement fait plus tôt. Un cas possible de maltraitance envers une personne aînée est suspecté. Aucune communication spécifique sur le plan médical et les traitements administrés ou à administrer au sujet des plaies n'a été fournie au moment du transfert de M. ██████ vers le CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil.

Selon le personnel soignant du CHSLD d'origine, M. ██████ est en fin de vie et est déjà inscrit au niveau de soins D, compte tenu de ses nombreux antécédents médicaux. Une dégradation de son état général évoque un pronostic négatif.

Considérant l'ensemble des conditions médicales de M. [REDACTED] l'équipe traitante et des membres de sa famille optent pour des soins palliatifs.

M. [REDACTED] décède paisiblement, entouré de ses proches, le 25 octobre 2024 en soirée, tel que constaté par un médecin du CHSLD.

## **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Comme les conditions (et lésions) ayant entraîné le décès de M. [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique du CHSLD Sainte-Dorothée ainsi que dans celui du CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

## **ANALYSE**

### **Antécédents pertinents :**

Avant son admission au CHSLD Sainte-Dorothée et durant l'année 2023, M. [REDACTED] était principalement connu sur le plan médical pour des chutes à répétition, une perte d'autonomie, une hypertension artérielle (HTA), une dyslipidémie (DLP), une maladie cardiaque athérosclérotique sévère (MCAS), un diabète de type 2 (Db2), une insuffisance rénale chronique (IRC), une hypothyroïdie et une cirrhose (ROH probable). En novembre 2023, une relocalisation était souhaitée et dirigée vers un centre d'hébergement et de soins longue durée. Il était noté entre autres que M. [REDACTED] présentait plusieurs risques importants pour l'ensemble de ses activités de la vie quotidienne comme en témoignent des requêtes de services en ergothérapie. À son arrivée au CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, son dossier clinique précise certaines autres pathologies, telles que l'épilepsie, l'incontinence fécale avec multiples plaies de pression surinfectées.

### **Enquête clinique demandée immédiatement :**

L'enquête clinique a été confiée à une gestionnaire de site (CHSLD Sainte-Dorothée) ainsi qu'à deux conseillères cadres aux pratiques professionnelles. Le mandat découlait d'une première plainte signifiée par les autorités médicales du CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, en date du 3 juillet, soit le jour même de l'arrivée de M. [REDACTED] au Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le coronar soussigné a été avisé et a pris contact avec ces personnes et cet organisme dès la prise d'avis du décès, le 25 octobre 2024.

### **L'arrivée de M. [REDACTED] au CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, le 3 juillet 2024 :**

Tout d'abord, de l'admission même des enquêtrices désignées, l'utilisation d'un fauteuil inadéquat lors du transport a créé préjudice et inconfort au résident, M. [REDACTED]. L'équipe du CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil, voyant arriver un résident fragile dans de telles circonstances, a réagi. À cet effet, après signalement, des suivis ont été effectués auprès du CHSLD Sainte-Dorothée ainsi que dans tous les autres CHSLD quant à la responsabilité des infirmières et du transporteur.

## **Les constats :**

### Le transport de Laval à Notre-Dame-du-Bon-Conseil

Une requête de transport avec un fauteuil adapté a été faite, mais c'est plutôt un fauteuil roulant régulier qui a été fourni. Ainsi, M. [REDACTED] a passé tout le trajet (2 h ½) sans surface thérapeutique ni toile de levier pour assurer un confort optimal.

De plus, l'absence de communication entre les équipes de soins en place (infirmière et adjointe administrative) avant le transfert de M. [REDACTED] a joué un rôle important dans la survenue des nombreuses blessures constatées à son arrivée, dont certaines qui sont manifestement apparues durant le transport. Le conducteur de la fourgonnette a même dû s'arrêter à au moins trois reprises pour replacer M. [REDACTED] qui glissait constamment du fauteuil non gériatrique. Selon la version fournie par le chauffeur à l'enquête, M. [REDACTED] pouvait se détacher facilement. Afin d'éviter d'autres blessures, il a été attaché avec deux ceintures de sécurité jusqu'à l'arrivée à destination.

### La prise en charge, les soins et les lacunes durant le séjour au CHSLD Sainte-Dorothée

En tout premier lieu, le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a constaté immédiatement que M. [REDACTED] présentait une condition le mettant à risque de développer des plaies de lit, car il était alité. Des plaies auraient été observées dès son arrivée au CHSLD Sainte-Dorothée, en décembre 2023, alors qu'il provenait d'un autre centre hospitalier de Laval pour un hébergement de courte durée en attendant sa relocalisation. Un médecin rattaché au Bureau du coroner m'a également confirmé, après avoir consulté les notes cliniques, que le patient était cirrhotique et diabétique, des conditions favorisant les plaies de lit. Pourtant, les bonnes pratiques parlent encore et toujours de la nécessité d'un plan d'intervention concerté, rapide et documenté afin de prévenir les plaies, sans oublier qu'un suivi étroit doit être consigné au dossier médical. Un premier regard sur l'ensemble du dossier clinique de M. [REDACTED] ne nous fait voir aucune trace attestant que ce plan a été réalisé, tel que le prévoient, je le rappelle, les bonnes pratiques.

Durant son séjour de six mois au CHSLD Sainte-Dorothée, plusieurs plaies de pression ont été observées, dont certaines qui ont pu être guéries par les soins et services reçus en réadaptation, en nutrition ainsi qu'au niveau médical et infirmier. Cependant, plusieurs lacunes ont été relevées par l'enquête du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services en examinant la documentation qui se devait d'être optimale pour le suivi de plaies. Entre autres, l'enquête a démontré que le risque d'apparition de plaies aurait dû être inscrit sur le plan thérapeutique infirmier (PTI), au même titre que les notes infirmières documentant régulièrement les soins et les observations. Selon l'analyse de la gestionnaire responsable de site, rattachée à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (CISSS de Laval), l'absence de directives de prévention des plaies n'a pas permis de connaître les actions prises pour prévenir l'apparition de celles-ci. Pour cette dernière, toute cette défaillance réside davantage dans la prévention des plaies que dans leur traitement.

Cependant, on affirme d'autre part que le 27 février 2024 est la première fois qu'on observe deux plaies de stade 2 au niveau du pli interfessier. C'est au formulaire standardisé qu'on peut voir cette note écrite par une infirmière auxiliaire et nulle part pas ailleurs. Ensuite, la plaie a été évaluée par une infirmière et un médecin afin que des traitements soient faits au cours des mois de mars et avril suivants. L'enjeu ici est que cela n'était pas documenté dans le PTI, un genre de « check list ». Une grosse lacune, selon les intervenantes à l'enquête.

Le 9 avril 2024, une nouvelle déclaration de plaie de pression de niveau x est faite au talon gauche, mais l'infirmière a qualifié une lésion de stade x, donc indéterminée. L'enquête a révélé une autre lacune au niveau de ses connaissances, car elle n'aurait pas qualifié le bon stade. Il existe un niveau de gradation des soins de plaies et il incombe à la Direction des soins infirmiers de former davantage le personnel-ressource en soins de plaies. Or, une seule personne était attitrée à cette tâche, alors qu'il en faut au moins trois.

#### Des soins optimaux -vs- l'absence de notes ?

Il est difficile de savoir ou d'expliquer si l'absence de notes est reliée à une stabilité de la plaie (intégrité cutanée) ou à un manque d'informations en soins infirmiers. Ainsi, l'enquête a démontré que l'application du protocole infirmier<sup>1</sup>, comme le traitement d'une plaie de stade 2, n'a pas été optimale, en raison du manque de stabilité du personnel infirmier sur l'unité de vie où M. [REDACTED] était pris en charge. Cette situation m'aide à mieux comprendre l'état du patient, tel que décrit dans les notes infirmières du CHSLD de Notre-Dame-du-Bon-Conseil et dans les commentaires que j'ai reçus du médecin traitant.

Comment, la médecin assurant le suivi à l'hébergement de Laval pouvait-elle s'assurer que la plaie évoluait correctement et qu'il n'y avait pas d'infection justifiant l'administration d'antibiotique, par exemple ? Le choix du type de pansement, qui est presque toujours déterminé par le personnel infirmier, est un autre point à considérer dans la situation de M. [REDACTED]. Il est donc évident que l'utilisation de plusieurs outils de documentation (notes d'évolution médicale -vs- notes d'infirmières sur les formulaires de suivi des plaies) a engendré une difficulté à comprendre rapidement l'évolution d'une plaie de pression. Ces mêmes formulaires, me dit-on, permettent non seulement de suivre l'évolution des plaies, mais aussi d'attester de la guérison de certaines d'elles. Encore faut-il qu'ils soient au dossier du patient.

À cet égard, je n'ai pas obtenu, malgré ma demande, la version de la médecin responsable du suivi des plaies. Et pour le reste, ce qui n'est pas inscrit ou documenté est réputé pour ne pas avoir pas été fait. La preuve est dans la tenue de dossier.

Par ailleurs, l'enquête clinique a démontré qu'entre le 18 décembre 2023 et le 27 février 2024, aucun document au sujet des plaies ne figure au dossier de M. [REDACTED].

Le nombre de mesures correctives et d'améliorations visant à optimiser la qualité des soins à donner est, dans la présente investigation, le corollaire (voir plus bas) d'un manque de soins optimaux.

#### Le transfert vers la région de Notre-Dame-du-Bon-Conseil

Le transfert s'est fait via un transport inadapté, causant des blessures à M. [REDACTED] comme mentionné précédemment. On a réalisé en cours d'enquête qu'un appel personnalisé pour préparer l'arrivée de M. [REDACTED] aurait permis aux équipes cliniques de mieux connaître le patient et ses besoins au niveau de soins de plaies. Les traitements prodigués ainsi que les besoins spéciaux en surface thérapeutique (matelas curatif) n'ont pas été communiqués.

---

<sup>1</sup> PI-044-2.

### **Mesures correctives mises en place depuis le décès :**

Dans le cadre de mon investigation, j'ai constaté que les mesures correctives suivantes ont été mises en place depuis le décès de M. [REDACTED] et, à ce titre, on peut examiner un tableau émanant des autorités concernées du CISSS de Laval.

Le transport, à lui seul, représentait une lacune pour laquelle M. [REDACTED] a souffert inutilement. De plus, le fait qu'aucune information n'ait été transmise quant à ses plaies dénote un manque de suivi.

Préoccupé par cette situation, j'ai questionné l'établissement quant à ce transfert interétablissements et la prise en charge de M. [REDACTED] à partir du 18 décembre 2023. L'établissement m'a transmis ses états de situation et les actions qui en découlent. À ce titre, je me permets de reproduire le contenu ci-après.

Au même effet, j'ai requis la version personnelle de la médecin traitante de M. [REDACTED] au CHSLD Sainte-Dorothée. Cette dernière s'en remet totalement aux analyses faites à l'interne et, par conséquent, à l'investigation du coroner.

### **Engagements selon un calendrier établi :**

#### Motifs du signalement

Un usager vulnérable du CHSLD Sainte-Dorothée a été déplacé dans un CHSLD d'une autre région administrative, et ce, dans un transport non adapté à sa condition de santé physique.

À son arrivée dans son nouveau milieu de vie, le personnel a constaté que ce dernier avait de nombreuses plaies (dont certaines en lien avec son déplacement de plus de deux heures).

L'examen de la situation, réalisé en collaboration avec la Direction du Programme de Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées et Handicapées (DPSAPAH), la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services médicaux (DSM), a permis de constater que des mesures d'amélioration étaient requises. Celles-ci sont inscrites ci-dessous.

Pour la DPSAPAH :

No	Mesures	Date du livrable	Direction resp.	Direction coll.	Questions CAPQS	Commentaire direction
1.	Retour sur le motif du signalement avec l'ensemble des intervenants (inf., inf. aux., PAB, etc.) et rappel du PID 004-03 Protocole interdisciplinaire - Prévention des lésions de pression	31 sept. 2024	DPSAPAH	-	Préciser qui est l'ensemble des intervenants  Préciser si c'est pour l'ensemble du personnel du CHSLD	Juste inf., inf. aux., PAB, AA2, équipe de réadaptation et ASI
2.	S'assurer que l'ensemble du personnel inf. et inf. auxiliaire complète adéquatement l'échelle de Braden <sup>2</sup> (formulaire 62-200-082) lors de l'admission de l'usager et lors de ses réévaluations.	31 sept. 2024	DPSAPAH	-		Admission après 3 mois échelle de Braden compléter
3.	Procéder à un audit pour l'ensemble des usagers du CHSLD Sainte-Dorothée qui ont une échelle de Braden de 18 :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider s'ils ont l'ensemble des soins requis en lien avec leur risque de plaies</li> <li>• Valider s'ils ont un PTI et un plan de travail (PAB) à jour en lien avec les soins requis à cet égard</li> <li>• Faire les ajustements requis aux plans selon les résultantes et rendre compte des résultats au BCPQS</li> </ul>	30 oct. 2024	DPSAPAH	-		Solution : Braden 12 et moins selon les possibilités

<sup>2</sup> L'échelle de Braden est une méthode d'évaluation du risque d'escarre validée qui prend en considération les facteurs tels que la perception sensorielle, l'humidité, l'activité, la mobilité, la nutrition, la friction et le cisaillement, responsables de la survenue d'une escarre.

No	Mesures	Date du livrable	Direction resp.	Direction coll.	Questions CAPQS	Commentaire direction
4.	Retour sur le motif du signalement avec les infirmières et l'infirmière auxiliaires (ex. : visionnement de la capsule <i>Capsule de formation aux infirmières : Présentation de la RSI-004 incluant les 3 formulaires de plaie. [ou reprise du PPT par la gestionnaire du site du CHSLD Sainte-Dorothée]</i> incluant l'importance de faire une analyse globale de la condition de l'utilisateur vs plaies en interdisciplinarité, élaborer le PI, l'actualiser et laisser des notes au dossier à chacune des étapes.	30 oct. 2024	DPSAPAH	-	Préciser si c'est pour l'ensemble des inf. et inf. aux. du CHSLD.	Pour l'ensemble des infirmières et infirmières auxiliaires du CHSLD (soit 16 inf. et 26 inf. aux.
						C'est par un Flash nursing de 30 minutes, donnée par notre DSI sur les 3 quarts aux inf. et inf. aux. La formation est donc approuvée par la DSI, car donnée par l'un de leurs membres du volet pratique professionnelle.
5.	Rappel de la RPP 252-2024 -DL Politique de déplacement des usagers à l'ensemble des intervenants.	31 sept. 2024	DPSAPAH	-	Préciser qui est l'ensemble des intervenants  Préciser si c'est pour l'ensemble du personnel du CHSLD	L'ensemble des inf., inf. aux et professionnel en réadaptation du CHSLD Sainte-Dorothée
6.	Rappel de la POR <sup>3</sup> Transfert de l'information aux points de transition des soins et des services et effectuer les tests 1-2 sur Safety Security* répondant oui à la question si on effectue un transfert d'utilisateur afin de poursuivre le processus au complet. (Ex. : Reprendre la	31 sept. 2024	DPSAPAH	-	Préciser à qui s'adresse cette mesure/si c'est pour l'ensemble du personnel du CHSLD ou non.	Pour les infirmières de jour qui communiquent avec les autres milieux lors des transferts.

<sup>3</sup> POR : pratique organisationnelle requise et en lien avec Agrément Canada.



No	Mesures	Date du livrable	Direction resp.	Direction coll.	Questions CAPQS	Commentaire direction
	situation de l'usager signalée avec Safety Security afin de voir les résultantes).  *Safety Security: l'état d'être à l'écart des dangers causés par des forces naturelles ou des erreurs humaines de manière aléatoire.				Préciser comment la compétence sera acquise par la mesure	Audit déjà prévu donc retour sur les audits et rappels des bonnes pratiques lors d'un flash réunion par les cheffes d'unité
7.	Rappel aux infirmières sur l'importance de faire l'évaluation de la condition physique et mentale complète de l'usager à son admission et s'assurer que le PTI soit complet et pertinent au suivi de la condition de l'usager		DPSAPAH		Capsule d'appropriation pour l'élaboration d'un PTI	Capsule d'appropriation pour l'élaboration d'un PTI
8.	Établir des modalités afin que le personnel du CHSLD ait accès à un expert de référence lorsqu'un usager présente une situation plus complexe reliée aux plaies.		DPSAPAH			Formation d'une nouvelle infirmière ressource en soins de plaie à venir.
9.	Rappel sur l'importance de la documentation des choix de surface thérapeutique à l'ensemble du personnel.		DPSAPAH	DSI-DSM		Rappel lors du retour sur l'événement et dans la nouvelle de la semaine suivant la rencontre.
10.	Optimiser le champ de pratique des professionnels en physiothérapie en lien avec l'atteinte à l'intégrité de la peau comme mentionné dans le guide des pratiques en hébergement.		DSM	DPSAPAH		
11.	Procéder à un audit des bonnes pratiques en lien avec les soins de plaies au CHSLD Sainte-Dorothée et émettre les résultantes à la DPSAPAH et au BCPQS incluant les mesures d'amélioration requise si il y a lieu.	30 janv. 2025	DSI-DSM	DPSAPAH		Audit prévu en décembre 2024 dans le calendrier des audits organisationnels. Donc, appliquer le calendrier d'audit organisationnel et assurer la diffusion des résultats.
12.	Selon les résultantes de l'audit de la DSM-DSI, élaborer un plan d'amélioration de la pratique	30 janv. 2025	DPSAPAH	DSI-DSM		

Ainsi, en résumé, au sujet du fauteuil adapté, la cheffe de l'unité du 4AB a rappelé l'importance pour le personnel infirmier d'identifier le type de fauteuil lors de la complétion de la demande de transport.

Également, un rappel sur l'importance de l'évaluation par le personnel infirmier, qui doit être présent avant tout départ en transport adapté, a été fait aux unités de soins ainsi qu'au transporteur. Et, finalement, un appel a été effectué auprès de l'agente administrative afin qu'elle valide toujours avec le personnel infirmier le type de fauteuil requis, lorsqu'il n'est pas identifié sur le formulaire.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] auprès de la direction des services professionnels du CISSS de Laval, incluant ceux du CHSLD Sainte-Dorothée, m'a permis de discuter des recommandations.

Je crois qu'il est important que la population ne perde pas confiance dans le système de santé dont s'est doté le Québec. Le CHSLD Sainte-Dorothée a pris la situation très au sérieux et a élaboré des pistes d'action qui m'ont été transmises<sup>4</sup>.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès naturel.

## CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] alors âgé de 77 ans, est décédé des complications médicales apparues après une bactériémie sévère sur plaies de pression profondes et surinfectées.

Il s'agit d'un décès naturel.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, duquel relève le CHSLD Sainte-Dorothée :

**[R-1]** S'assure que les pratiques en soins de plaies soient optimisées en veillant à l'application systématique du programme en soins de la peau et de plaies, à l'utilisation des guides en soins de plaies et de prévention et de gestion des lésions de pression, ainsi qu'à l'emploi des outils cliniques disponibles pour évaluer la clientèle;

**[R-2]** Révise la qualité des actes professionnels posés à la personne décédée par le médecin et les infirmiers/infirmières lors de son séjour au CHSLD, et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances;

---

<sup>4</sup> Adam Burgoyne 2024-09587 (Me Géhane Kamel)

**[R-3]** Rappelle à tous les intervenants d'utiliser systématiquement *l'outil d'aide à la détermination du transport pour les usagers du CISSS de Laval* et s'assure que le formulaire de requête de transport soit dûment complété, afin de garantir le respect des exigences de transport.

---

Je soussigné, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Drummondville, ce 11 avril 2025.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yvon Garneau', written in a cursive style.

Me Yvon Garneau, coroner