

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-02342

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 Martine Lachance

BUREAU DU CORONER	
2024-03-26 Date de l'avis	2024-02342 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
84 ans Âge	Masculin Sexe
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-03-26 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Centre hospitalier de St. Mary Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par des proches au Centre hospitalier de St. Mary.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 24 février 2024, vers 4 h, en circulant seul avec l'aide de sa marchette dans la salle à manger de l'unité du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans lequel il vivait depuis quelques jours, M. ██████████ a fait une chute de sa hauteur. Alerté par le bruit, un membre du personnel soignant l'a trouvé assis au sol, une main sur sa marchette. Il avait une blessure au front qui saignait abondamment et se plaignait d'une douleur au dos. Des soins ont été prodigués à M. ██████████ sur place pour sa blessure à la tête, puis il a été amené en ambulance au Centre hospitalier de St. Mary vers 5 h 40. Les vertèbres cervicales de M. ██████████ n'ont pas été immobilisées par les techniciens ambulanciers paramédics lors de leur intervention au CHSLD.

M. ██████████ a été installé sur une civière puis évalué par un médecin du Service d'urgence. Aux environs de 8 h, il s'est levé et a couru dans le corridor. Ramené sur sa civière par le personnel soignant, il été placé sous contention au moyen d'une ceinture abdominale pour assurer sa sécurité. Quelques minutes plus tard, il a été trouvé avec une respiration agonale (laborieuse et haletante). Inconscient, il a été amené à l'Unité de soins intensifs où est survenu un arrêt cardiorespiratoire. Au terme de manœuvres de réanimation d'une durée de 15 minutes — massage cardiaque, ventilation à l'aide du Combitube © et autres interventions thérapeutiques —, M. ██████████ a été réanimé et intubé. Il n'ouvrait cependant plus les yeux spontanément et ne réagissait pas de manière significative aux divers stimuli. Des examens d'imagerie médicale ont par la suite révélé la présence d'une fracture comminutive de la première vertèbre cervicale (C1) (l'os est brisé en plusieurs fragments) avec déplacement. Un collier cervical a été installé.

Le 1^{er} mars 2024, alors que M. ██████████ ne requérait qu'un minimum d'assistance respiratoire, le personnel médical a procédé au retrait du tube endotrachéal, avec le consentement du Curateur public du Québec — puisqu'il était sous régime de protection depuis février 2022. Son état s'est détérioré en quelques heures, ses voies respiratoires étant encombrées de sécrétions en l'absence de réflexe de déglutition. Il a de nouveau été intubé et placé sous ventilation mécanique.

Un électroencéphalogramme effectué le 6 mars 2024 a démontré un tracé presque plat, confirmant le diagnostic d'une lésion cérébrale anoxique ayant entraîné des dommages corticaux sévères.

Devant l'état de conscience minimal de M. [REDACTED] laissant entrevoir peu de chances de récupération, le personnel médical a entamé de longues discussions avec les proches quant au niveau de soins à lui prodiguer. Ne pouvant trouver de terrain d'entente avec la famille sur le plan de soins proposé, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le Curateur public du Québec se sont adressés à la Cour supérieure pour décider du niveau des soins de fin de vie de M. [REDACTED]

Dans l'intervalle, les traitements médicaux actifs ont été maintenus. Un nouvel électroencéphalogramme a été effectué le 20 mars 2024, à la demande de la famille. Il a démontré le même ralentissement diffus de l'activité électrocérébrale.

Le 22 mars 2024, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été autorisé par le tribunal à mettre en place les soins et les services requis pour assurer le respect, la dignité et le confort de M. [REDACTED]. En respect de ces conclusions injonctives, le personnel médical a cessé la ventilation mécanique de M. [REDACTED] et a initié des soins de confort le 25 mars 2024. Son décès a été constaté par un médecin de l'Unité des soins intensifs le 26 mars 2024.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] étaient largement documentées dans son dossier médical du Centre hospitalier de St. Mary, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Les antécédents médicaux de M. [REDACTED] indiquent qu'il présentait de multiples comorbidités du point de vue de la santé physique et mentale. Il souffrait notamment d'insuffisance cardiaque et de démence fronto-temporale modérée à sévère. Un gériatre de l'Hôpital général de Montréal suspectait même une paralysie supranucléaire progressive (PSP), laquelle affection neurodégénérative provoque des troubles de la marche, de l'équilibre et du comportement, avec un risque de chutes imprévisibles.

Les notes inscrites au dossier médical de M. [REDACTED] indiquent qu'il était en perte d'autonomie depuis plusieurs années. Il avait un comportement impulsif et était parfois désorienté et agité. Dans les quatre mois précédant son décès, plus de 10 chutes — nombreuses avec des lésions à la tête — ont amené M. [REDACTED] à se présenter en ambulance au Service d'urgence de plusieurs hôpitaux de Montréal. À maintes reprises depuis le début de décembre 2023, le personnel médical qui a prodigué des soins à M. [REDACTED] après ces incidents, a manifesté des inquiétudes quant au niveau de surveillance requis par son état de santé, supervision que ne pouvait pas assurer la ressource intermédiaire qui l'hébergeait à ce moment. Décision fut donc prise par le Curateur public de transférer M. [REDACTED] dans un CHSLD, question de lui procurer un environnement sécuritaire. Admis le 21 février 2024 au CHSLD Vigi de Mont-Royal, il y a chuté trois jours après son arrivée. En raison de sa blessure à la tête, M. [REDACTED] a été transporté au Centre hospitalier de St. Mary. Je me permets de reproduire et de préciser ci-dessous la succession dans le temps

des événements qui sont survenus au Service d'urgence ce 24 février 2024, telle que révélée par mon analyse du dossier de M. [REDACTED]. Cette chronologie m'apparaît nécessaire pour comprendre en partie la cascade des événements qui ont entraîné son décès :

- 7 h 17 Première évaluation par un médecin du Service d'urgence
- 8 h M. [REDACTED] court seul dans le corridor
- 8 h 5 Maîtrisé et ramené à sa civière, il est placé sous contention à l'aide d'une ceinture abdominale
- 8 h 8 Arrêt cardio-respiratoire et début des manœuvres de réanimation
- 10 h 13 Tomodensitométrie (CT-Scan) de la tête et de la colonne cervicale : découverte d'une fracture déplacée de la vertèbre C1
- 11 h 14 Installation d'un collier cervical

Dans ma recherche de la cause probable et des circonstances du décès de M. [REDACTED] je me suis heurtée à des incohérences dans les notes d'évolution inscrites à son dossier médical du Centre hospitalier de St. Mary. J'ai donc pris contact avec la Directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique de l'hôpital, afin d'obtenir des réponses à mes interrogations quant à l'utilisation des barrières de la civière (ridelles), de la pose du collier cervical et de la ceinture de contention pour assurer la sécurité de M. [REDACTED].

À la lumière de notre échange, j'en suis arrivée aux conclusions suivantes. La première, est qu'un collier cervical n'a été installé à M. [REDACTED] au Centre hospitalier de St. Mary qu'une fois les résultats des tests d'imagerie médicale obtenus, soit plus de trois heures après son arrêt cardio-respiratoire. La seconde, est que les barrières de la civière (ridelles) de M. [REDACTED] n'ayant pas été levées dès son arrivée au Service d'urgence de l'hôpital, il lui a été possible de se lever et de courir dans le corridor malgré ses blessures.

M. [REDACTED] n'a pas fait de chute au Service d'urgence du Centre hospitalier de St. Mary. Mais il souffrait d'une fracture déplacée de la vertèbre C1 à la suite de sa chute au CHSLD. Or, le déplacement d'une telle fracture peut compromettre la fonction respiratoire et cardiovasculaire de la personne atteinte, s'il y a compression du tronc cérébral. C'est vraisemblablement ce qui s'est produit chez M. [REDACTED] alors même que l'évaluation par imagerie médicale n'avait pas encore eu lieu.

En raison de la gravité du traumatisme, le décès accidentel de M. [REDACTED] n'aurait peut-être pas pu être évité. Je crois néanmoins que des recommandations doivent être formulées à la fin du présent rapport. J'en expose ici les motifs.

La chute — CHSLD Vigi de Mont-Royal

M. [REDACTED] a été rencontré à son admission par plusieurs membres du personnel soignant du CHSLD Vigi de Mont-Royal — dont un physiothérapeute et un ergothérapeute — afin de dresser un portrait fonctionnel de ses capacités et évaluer son risque de chutes. Ce dernier a été jugé « de modéré à important » à la marche, puisqu'il était probable que M. [REDACTED] se heurterait alors à des objets avec sa marchette. Recommandation a donc été faite de s'assurer que les corridors et sa chambre soient libres de tout objet déposé au sol. Dans ces circonstances, M. [REDACTED] était considéré comme pouvant se déplacer de façon sécuritaire à l'intérieur du CHSLD « avec l'aide dont il requiert ».

Mais de quelle aide s'agissait-il ? À la lumière des documents obtenus et des informations recueillies au cours de mon investigation, aucun plan de traitement infirmier ni mesure de prévention des chutes n'ont rapidement été mis en place pour assurer la sécurité de M. [REDACTED]. Il est vrai que veiller adéquatement sur les résidents, notamment au cours de

la nuit, pose de sérieux défis aux gestionnaires des ressources d'hébergement. C'est pourquoi il est important que le personnel soignant soit rapidement alerté si l'un d'entre eux quitte son lit ou sa chambre, surtout s'il est sujet à des chutes à répétition.

Comme l'a souligné un collègue coroner dans son rapport d'investigation sur un décès survenu dans des conditions similaires (2020-01421), des « mécanismes, que le milieu de la santé appelle "des technologies d'aide à la surveillance", sont installés dans le but premier d'alerter le personnel afin qu'ils réagissent le plus tôt possible [...]. Ils peuvent constituer un moyen alternatif à la contention que l'on connaît, à défaut d'une surveillance directe. »

Dans le cas présent, hormis un bracelet anti-fugue installé au bras de M. [REDACTED] aucun dispositif de sécurité ne permettait d'alerter le personnel de ses déplacements. Dans la nuit du 24 février 2024, il errait donc seul dans les aires communes, sans supervision, au moment de sa chute. Une aide à la surveillance aurait pu être utile, d'autant plus que M. [REDACTED] se déplaçait dans un environnement peu familier en raison de son admission récente au CHSLD.

Au terme d'une discussion que j'ai eue avec la Directrice des soins par interim du CHSLD Vigi de Mont-Royal, j'ai appris que quatre membres du personnel soignant étaient présents la nuit du 24 février 2024 pour assurer les soins et la surveillance de 54 résidents : une infirmière, une infirmière auxiliaire et deux préposés aux bénéficiaires. En termes de nombre, ce ratio est à la limite du minimum imposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour le quart de travail de nuit, à savoir :

- Infirmière-chef d'équipe : 1 pour 75 à 96 résidents
- Infirmière auxiliaire : 1 pour 32 à 40 résidents
- Préposé aux bénéficiaires : 1 pour 32 à 50 résidents

Le nombre de personnes présentes sur l'étage n'a pas suffi à assurer la surveillance et la sécurité de M. [REDACTED]. Plusieurs collègues coroners se sont aussi penchés sur la question des ratios personnels soignants/résidents au cours des dernières années (voir notamment 2018-03872, 2018-04574 et 2019-01548). Il se dégage de leur analyse qu'il faut accroître la surveillance dans les lieux d'hébergement de personnes ayant des troubles cognitifs et autres pathologies. Je partage aussi leur opinion.

Par ailleurs, lorsqu'un événement accidentel — tel qu'une chute — se produit dans un établissement de santé et de services sociaux, le MSSS requiert :

Qu'« [une] personne doit veiller à la qualité de l'information apparaissant dans le formulaire [*Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*], effectuer l'analyse de l'événement déclaré et inscrire dans le formulaire le statut de l'événement (incident ou accident), le niveau de gravité des conséquences constatées au moment de la déclaration **ainsi que les mesures retenues pour la prévention de la récurrence. Ultimement, l'équipe de la gestion des risques de l'établissement assure la vigie des événements déclarés.**

[...]

Tous les établissements ont également l'obligation de mettre sur pied un comité de gestion des risques, **lequel exerce un rôle de vigie afin de veiller à l'application de moyens pour accroître la sécurité des usagers. Au besoin, il recommande au**

conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents. »¹ [Mes italiques gras]

Le personnel du CHSLD Vigi de Mont-Royal a bien produit un *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* le 24 février 2024 après la chute de M. [REDACTED]. Selon les informations obtenues de la Directrice des soins par interim, aucune mesure corrective n'a été mise en place au sein du CHSLD par le Comité de gestion des risques, en vue d'éviter la récurrence d'un tel incident.

L'intervention préhospitalière — Urgences-santé

Le rapport produit le 24 février 2024, indique qu'aucun collier cervical n'a été installé à M. [REDACTED] par les techniciens ambulanciers paramédics d'Urgences-santé, lors de leur intervention au CHSLD Vigi de Mont-Royal.

Des *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics* (PICTAP) ont été mis en place et révisés au cours des années, afin de guider ces derniers dans leur prise de décision et leurs interventions. Le protocole TRAU.0 — utilisé auprès de M. [REDACTED] — définit notamment les principes d'une immobilisation spinale dans un contexte traumatique. Il y est écrit :

« 3. L'immobilisation de la colonne vertébrale DOIT ÊTRE RÉALISÉE si présence d'au moins un des CRITÈRES CLINIQUES suivants :

a) Présence d'un facteur pouvant altérer l'appréciation clinique du patient :

- Altération de l'état de conscience ("V", "P", "U") ;
- Score de Glasgow < 15 ;
- Patient agité ou non coopératif ;
- Intoxication confirmée ou présumée (ex. : alcool, drogue ou médicaments) ;
- Traumatisme crânio-cérébral symptomatique (ex. : confusion, amnésie de l'événement, patient posant des questions de façon répétitive, nausées et vomissements) ;
- **Trouble de la communication (ex. : langue étrangère, aphasie) ;**
- **Trouble cognitif apparent ou changement au niveau de base selon témoins . »**²

[...]

5. L'immobilisation de la colonne DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE chez les clientèles à risque suivantes chez qui une attention particulière doit être portée lors de l'examen neurologique et de la colonne vertébrale. En cas de découverte de signe clinique ou de doute quant à la présence d'un tel signe, procéder à l'immobilisation.

a) Âge extrême :

- **Gériatrie (≥ 65 ans). [Mes caractères gras]**

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec 2022-2023*, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-735-01W.pdf>

² Extrait des Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP), Mai 2022.

M. [REDACTED] âgé de 84 ans, parlait le grec et ne s'exprimait en anglais qu'avec difficultés. C'est d'ailleurs avec l'aide d'une de ses proches au téléphone qu'a été faite son évaluation clinique par les techniciens ambulanciers paramédics. De surcroît, il était hébergé en CHSLD en raison de troubles cognitifs sévères, ce qu'a d'ailleurs clairement mentionné le membre du personnel qui a logé l'appel au Centre d'urgence 9-1-1.

Au terme de mon investigation, j'avais l'intention de recommander à la Corporation d'Urgences-santé d'évaluer la qualité de la prise en charge préhospitalière effectuée auprès de M. [REDACTED] quant à la restriction des mouvements spinaux et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances. Or, un retour préalable sur les circonstances de cette intervention auprès du Spécialiste préhospitalier au Service de la qualité des soins et des normes professionnelles, m'a permis de constater que les techniciens ambulanciers paramédics concernés ont été rencontrés et que le plan d'action suivant sera sous peu mis en place :

1. « Les paramédics impliqués dans l'intervention [seront] dirigés à [un] centre de formation afin d'assister à un maintien des compétences en traumatologie qui abordera aussi certaines spécificités reliées à la gériatrie ; et
2. Suivant cette formation, en présence de la possibilité d'identifier des interventions en lien avec les chutes en gériatrie effectuées par les paramédics impliqués, une révision de 5 interventions effectuées par chacun d'eux est à prévoir. »

Il n'y a donc pas lieu de faire de recommandation auprès de cette organisation.

Le Service d'urgence — Centre hospitalier de St. Mary

M. [REDACTED] a été installé sur une civière dont les ridelles n'étaient pas levées. La lecture de son dossier me laisse perplexe sur ce point. Il avait une blessure traumatique à la tête, souffrait de troubles cognitifs importants et avait un historique de chutes répétées. N'aurait-il pas été indiqué d'utiliser les ridelles pour assurer sa sécurité ?

Avant de conclure ce rapport, il est important de préciser que des instances appropriées ont comme mandat de clarifier ce genre de situation et de réviser la qualité de la prise en charge et des soins rendus à un patient. Aussi, dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, j'ai décidé de formuler des recommandations, dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à des complications médicales d'une fracture déplacée de la première vertèbre cervicale, consécutive à une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

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

- [R-1] Poursuive ses efforts de réflexion sur les notions de ratios de personnel soignant en fonction des pathologies des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

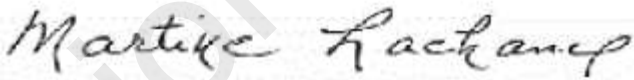
Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, duquel relève le CHSLD Vigi de Mont-Royal** :

- [R-2] Rappelle au personnel concerné l'obligation d'assurer un suivi lors d'un événement de chute d'un résident et, le cas échéant, mette en place des mesures pour éviter la récurrence d'un tel événement;

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, duquel relève le Centre hospitalier de St. Mary** :

- [R-3] Révise le dossier de la personne décédée au Centre hospitalier de St. Mary, afin d'évaluer s'il aurait été requis d'utiliser les ridelles de la civière au Service d'urgence le 24 février 2024, afin d'assurer la sécurité du patient;
- [R-4] Révise la qualité de la prise en charge et les soins rendus à la personne décédée lors de l'évaluation et du suivi clinique au moment de son admission au Service d'urgence du Centre hospitalier de St. Mary, notamment quant à la pose du collet cervical. Le cas échéant, prenne les mesures appropriées afin d'améliorer la qualité de l'exercice professionnels en de telles circonstances.

Je soussignée, 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 Montréal, ce 29 avril 2025.



Me Martine Lachance, coroner