

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-05071

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 Nancy Gilbert

BUREAU DU CORONER		
2024-07-05 Date de l'avis	2024-05071 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
75 ans Âge	Masculin Sexe	
Saint-Raphaël Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-07-05 Date du décès		
CHSLD de Saint-Raphaël Lieu du décès	Saint-Damien-de-Buckland Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ ██████████ est identifié visuellement par le personnel soignant du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Saint-Raphaël.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ demeure au CHSLD de Saint-Raphaël (CHSLD) qui est temporairement relocalisé dans l'aile de l'ancienne infirmerie au couvent de Saint-Damien, pendant les travaux majeurs de rénovation dans le bâtiment du CHSLD.

Le 22 juin 2024, vers 19 h 30, une préposée aux bénéficiaires (PAB) entend un bruit sourd en provenance de la chambre de M. ██████████. Elle s'y rend et le trouve allongé au sol sur le côté gauche, la tête près du coin du mur. M. ██████████ présente une lacération avec un saignement actif au pavillon de l'oreille gauche ainsi qu'un œdème de l'oreille, mais il affirme ne pas être tombé. Le pharmacien et le médecin de garde sont appelés et la médication anticoagulante prescrite à M. ██████████ est cessée pour une période de 24 heures. Considérant que son niveau de soins est établi à C, soit des soins visant à assurer le confort prioritairement à prolonger la vie, il n'est pas transféré à l'hôpital pour une investigation de sa condition.

Dans la nuit du 22 au 23 juin 2024, M. ██████████ se lève à quelques reprises en début de nuit. Il présente une démarche précaire et il tient des propos incohérents. Au lever, vers 6 h, il accuse une raideur à la nuque et présente une ecchymose et un œdème à l'annulaire de la main gauche. À 7 h 25, M. ██████████ chute de sa hauteur et tombe sur les fesses en voulant s'asseoir dans son fauteuil roulant, ayant mal évalué la distance. On le trouve en position assise le dos appuyé sur une table. Il n'accuse aucune douleur et mentionne ne pas s'être cogné la tête. Vers 9 h 25, il chute une seconde fois en se levant de la toilette. Une PAB le trouve au sol couché sur le dos, la tête appuyée contre la porte de la salle de bain. Il accuse une douleur au cou et il a deux éraflures au dos sur le côté gauche, il est désorienté dans le temps, ne comprend pas les consignes et ça lui prend un certain délai avant de répondre aux questions. Vers 12 h 45, il reçoit de l'acétaminophène pour ses douleurs généralisées. Après validation auprès du médecin de garde, la médication anticoagulante est administrée à M. ██████████.

Le 24 juin 2024, vers 4 h, l'élocution de M. [REDACTED] est plus laborieuse et une diminution de la force est observée dans ses membres inférieurs. Les jours suivants, il accuse une douleur au cou et à l'oreille gauche.

Le 30 juin 2024, vers 8 h 10, M. [REDACTED] chute de sa hauteur en se levant de la toilette et se retrouve assis au sol. Il cogne sur le mur avec sa canne pour alerter le personnel. Une PAB qui l'entend, se rend à son chevet et le trouve assis à côté de la toilette. Il ne se plaint d'aucune douleur. Vers 16 h 30, M. [REDACTED] a un malaise alors qu'il est à la toilette et il perd conscience quelques secondes en présence d'une PAB. Lorsqu'il reprend connaissance, il vomit à deux reprises et demeure nauséux. Les jours suivants, il se plaint de céphalée frontale, son teint est ictérique et il est plus somnolent.

Compte tenu de la diminution de son état général, M. [REDACTED] est placé en soins de confort et il décède le 5 juillet 2024 à 4 h. Son décès est constaté par une infirmière, à 4 h 5.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une tomodensitométrie du corps entier (autopsie virtuelle) effectuée le 5 juillet 2024 à l'Hôtel-Dieu de Lévis du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches permet de constater la présence de plusieurs hémorragies intracrâniennes. Par ailleurs, aucune fracture ou luxation n'est observée. Conséquemment, aucun examen supplémentaire ou analyse n'est ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

M. [REDACTED] a notamment des antécédents de trouble neurocognitif majeur, d'accident vasculaire cérébral secondaire à une dissection aortique, d'une hémianopsie (diminution de la vue dans la moitié du champ visuel) à gauche, de l'hypertension artérielle et un trouble de mobilité secondaire à une hémiplégie gauche.

Notons qu'il se déplace à l'aide de sa canne lorsqu'il se mobilise sur de courtes distances entre son lit et la salle de bain, mais il utilise son fauteuil roulant pour les autres déplacements.

Selon l'information recueillie, un dépistage des facteurs de risque de chute est fait le lendemain de l'admission de M. [REDACTED] au CHSLD de Saint-Raphaël, soit le 12 septembre 2023, et permet de constater que ses déplacements ne sont pas sécuritaires. Un second dépistage est réalisé le 11 octobre 2023, et des mesures sont mises en place pour assurer sa sécurité et faciliter ses transferts et déplacements.

Cela dit, à la suite du déménagement au couvent Saint-Damien, le 5 juin 2024, le dépistage des facteurs de risque de chute n'est pas effectué à nouveau et aucune note au dossier ne fait état qu'un dépistage est à réaliser. Or, le Programme de prévention des chutes du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches prévoit qu'un tel dépistage doit être répété lors d'un changement de milieu de vie. Soulignons que ce dépistage vise, entre autres, à déterminer les interventions préventives requises.

En outre, la chute du 22 juin 2024 est la première chute à survenir depuis le déménagement. Il faut noter que M. [REDACTED] est avisé de ne pas se lever seul. De façon générale, M. [REDACTED] sonne fréquemment pour demander de l'aide puisqu'il craint de tomber ou parce qu'il oublie, en raison de son trouble neurocognitif, qu'il a déjà demandé de l'aide. En revanche, il peut lui arriver de se mettre à risque en se déplaçant seul.

Le 23 juin 2024, après la première chute de M. [REDACTED] une requête est faite pour une réévaluation en physiothérapie. Également, une note précisant que M. [REDACTED] doit être accompagné par l'infirmière pour tout transfert est consignée au dossier. Peu avant la seconde chute, le jour même, M. [REDACTED] se rend à la toilette avec l'aide de la PAB qui l'informe de sonner lorsqu'il aura terminé. Cependant, M. [REDACTED] n'attend pas le retour de cette dernière, il tente un déplacement et tombe au sol. Il se cogne probablement la tête lors de cette chute, vu sa désorientation et sa lenteur à répondre aux questions, par la suite. En particulier, une mention selon laquelle la PAB est avisée de demeurer en présence de M. [REDACTED] lorsqu'il est à la salle de bain est indiquée tant sur la feuille de surveillance clinique et du suivi postchute que dans les notes d'observations de l'infirmière. De plus, l'évaluation en physiothérapie est réalisée le 27 juin 2024 et démontre la pertinence de sécuriser les transferts et déplacements et d'ajouter un système de détection de mouvement à la porte de la salle de bain, dans la chambre de M. [REDACTED]

Alors que des directives claires sont consignées au dossier, comment s'expliquer que M. [REDACTED] chute une quatrième fois, le 30 juin 2024, alors qu'on le laisse seul à la toilette ? Au surplus, au moment de cette chute, le système de détection de mouvement dans la salle de bain est désactivé, ce qui explique que M. [REDACTED] doit cogner sur le mur pour obtenir de l'aide. À la suite de cette chute, l'information de faire tous les transferts à deux personnes et d'assurer la surveillance en tout temps à la toilette est indiquée au plan de traitement infirmier.

D'après les précisions obtenues, au moment des chutes au mois de juin 2024, le personnel de base pour le quart de travail est présent, mais il semble que la directive de rester au chevet de M. [REDACTED] lorsqu'il est à la toilette ne soit pas connue de la PAB qui intervient auprès de M. [REDACTED] ou encore, la PAB est informée, mais elle doit s'absenter pour aller répondre à un usager qui vient d'activer sa cloche. En admettant que les PAB interviennent régulièrement auprès de M. [REDACTED] comment se fait-il que ces personnes ne soient pas informées des particularités applicables aux interventions auprès de ce dernier ?

Essentiellement, l'investigation révèle des éléments préoccupants dans la mesure où des chutes évitables sont survenues. Puisque la radiologiste note dans son rapport que le décès est vraisemblablement traumatique en lien avec les multiples hémorragies intracrâniennes constatées, je conclus que certaines chutes sont contributives au décès de M. [REDACTED] toutefois, ce n'est pas possible de les identifier précisément.

À la lumière de ce qui précède, bien qu'il serait souhaitable d'avoir plus de personnel dans les CHSLD pour mieux protéger les aînés vulnérables comme M. [REDACTED] il n'est malheureusement pas réaliste, en raison des enjeux actuels au sein du réseau de la santé et des services sociaux, de formuler une recommandation en ce sens.

Mesures correctives mises en place depuis le décès

Dans le cadre de mon investigation, je me suis entretenue avec une conseillère à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire de soins et services du CISSS de Chaudière-Appalaches sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] Il appert qu'une analyse des événements a mené à la mise en place des mesures correctrices suivantes :

- Un tableau de communication est maintenu à jour afin de communiquer à tous les intervenants de l'équipe, les particularités en vigueur pour chacun des usagers.
- Des rapports entre les infirmiers et les préposés aux bénéficiaires sont réalisés à chaque début de quart de travail afin de s'assurer que les particularités sont connues et comprises. De plus, les enjeux sont adressés.
- Toute l'équipe est impliquée dans la réponse aux cloches d'appels (déclenchées par les usagers ou actionnées par des détecteurs de mobilité), afin d'assurer une réponse prompte.

- L'organisation du travail a été ajustée depuis le déménagement de sorte que chaque étage conserve un nombre suffisant d'intervenants pour répondre aux besoins des usagers, bien que d'autres soient affairés à des tâches tierces.

Malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation pour une meilleure protection de la vie humaine.

Un retour préalable auprès de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CISSS de Chaudière-Appalaches m'a permis de discuter de la recommandation.

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

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'hémorragies intracrâniennes causées par de multiples chutes de sa hauteur, dans son milieu de vie, dans un contexte de trouble de mobilité.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, dont fait partie le CHSLD de Saint-Raphaël** :

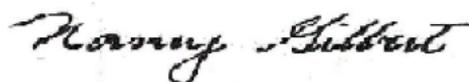
- [R-1] Rappelle au personnel soignant l'importance d'appliquer le Programme de prévention des chutes du CISSS de Chaudière-Appalaches à la suite d'un changement de milieu de vie.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Le dossier obtenu du CHSLD de Saint-Raphaël.
- Le rapport de tomodensitométrie post mortem.
- Le Programme de prévention des chutes du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, mis à jour en juillet 2019.
- Mes discussions avec une proche de M. [REDACTED]

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 Québec, ce 9 mai 2025.



Me Nancy Gilbert, coroner