



Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-06589

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 Kathleen Gélinas
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-08-28 Date de l'avis		2024-06589 N° de dossier
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance 84 ans Âge Sherbrooke Municipalité de résidence	Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province Canada Pays	
DÉCÈS		
2024-08-28 Date du décès		Sherbrooke Municipalité du décès
CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] est identifié visuellement par un proche en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 28 août 2024, à 5 h 50, un membre du personnel de soin du centre hospitalier où se trouve M. [REDACTED] le trouve au sol de sa chambre. Il ne présente aucun signe d'éveil. L'examen physique démontre qu'il ne réagit pas à la douleur. M. [REDACTED] obtient un score maximal de 3 à l'échelle de Glasgow (échelle mesurant le degré de conscience, un score de 3 jusqu'à 8 étant considéré comme un traumatisme crânien grave), la pupille droite étant non réactive alors que la pupille gauche est plus lente. Il présente une lacération, mais il ne semble pas y avoir de signe d'impact crânien. M. [REDACTED] est réinstallé au lit et le médecin est prévenu à 6 h 15.

Le médecin désire obtenir une tomodensitométrie cérébrale et communique avec le radiologue pour obtenir son autorisation afin d'effectuer rapidement cette expertise permettant d'obtenir l'interprétation sans délai. À 7 h, M. [REDACTED] est transporté au département de radiologie afin d'effectuer la tomodensitométrie autorisée.

La tomodensitométrie axiale tête révèle une nette majoration d'un hématome sous-dural aigu hémisphérique du côté droit, entraînant un effacement quasi complet du ventricule latéral droit et une séquestration ventriculaire du ventricule latéral gauche. Il y a un important effet de masse avec herniation sous-falcine et uncale (un engagement cérébral).

Le médecin contacte un membre de la famille en lien avec les différentes options de traitement. Le membre de la famille exprime le souhait de ne pas procéder à une chirurgie et souhaite plutôt l'administration de soins de confort.

Suivant cette décision, M. [REDACTED] reçoit la médication lui permettant d'être soulagé.

Le décès de M. [REDACTED] est constaté le 28 août 2024 à 12 h 35 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - site Hôtel-Dieu.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. ■ sont documentées dans son dossier clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - site Hôtel-Dieu et de la résidence pour aînés Les Terrasses Belle-vue, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Ce rapport résulte d'une investigation du coroner, telle que définie par la *Loi sur les coroners* (RLRQ, c.C-68.01). Il s'agit d'un processus privé ayant comme objectif de recueillir de l'information sur les causes et les circonstances du décès. Ce processus privé ne requiert pas l'audition de témoins et les faits ne sont pas présentés lors d'une audience publique.

La *Loi sur les coroners* interdit au coroner de se prononcer au terme de son investigation sur la responsabilité civile ou criminelle de quiconque. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la qualité des soins ou la compétence d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

Selon les informations recueillies, M. ■ se trouvait au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - site Hôtel-Dieu depuis le 27 août 2024 en provenance de la résidence pour aînés Les Terrasses Belle-vue.

Je crois utile de faire état des événements ayant mené M. ■ au centre hospitalier.

Le 27 août 2024, M. ■ ne répond pas lors de l'appel pour le déjeuner. Un préposé aux bénéficiaires se rend à sa chambre et le découvre au sol de la salle de bain. Celui-ci est conscient et répond bien aux questions des membres du personnel. Il présente une lésion à la tête et saigne beaucoup. M. ■ mentionne qu'il est là depuis 2 h, mais il ne voulait appeler personne. Il ajoute que ce n'est pas grave. La centrale 911 est contactée à 7 h 33 et il est transporté au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) - site Hôtel-Dieu où il est pris en charge par l'équipe d'urgence sur les lieux.

Lors de l'évaluation, différentes analyses sont effectuées. Une tomodensitométrie axiale tête est effectuée. Il appert que M. ■ présente un hématome sous-galéal frontal droit avec hématome sous-dural de 5 mm associé. Il n'y a pas de fracture sous-jacente. Il n'y a pas de signe d'engagement.

M. ■ ne présente aucune douleur, aucune céphalée, aucune fièvre, aucune vision trouble ni de symptômes neurologiques.

L'urgentologue discute avec le neurochirurgien. Il est alors déterminé qu'aucune hospitalisation n'est nécessaire et de poursuivre l'anticoagulant que reçoit déjà M. ■. Un suivi avec tomodensitométrie est prévu 7 jours plus tard.

Toutefois, une évaluation est effectuée en physiothérapie préalablement au retour à domicile.

Il appert que l'autonomie de M. ■ est limitée au transfert assis à debout, restreignant ainsi le retour à domicile. Dans ce contexte, une hospitalisation de courte durée est favorisée de

façon à gérer la douleur au genou gauche et récupérer l'autonomie au transfert à l'aide d'exercices de renforcement et d'exercice de transfert.

L'évaluation du risque de chute, effectuée à 15 h 44 par l'infirmière gériatrique, est élevée. Celle-ci indique : « compléter la deuxième section de l'échelle d'évaluation des chutes Morse et identifier les facteurs de risque et les interventions préventives additionnelles. Veuillez documenter le constat au PTI et établir un plan de prévention additionnel. Identifier l'utilisateur à l'aide d'un bracelet jaune. »

À 16h, M. ■ arrive sur l'unité. Une évaluation est effectuée, il est orienté et ne présente aucune douleur.

Afin de bien comprendre la présente analyse, il est important de reprendre intégralement les notes « observations de l'infirmière » suivantes :

« 0 h 8 : Repose au lit. Øsx d'éveil, eupnéique, SURV inf à hrs fte + prn (signature omise)

3 h 30 Demande de faire vider la sonde, accuse mal de tête reçoit tylenol (signature omise tournée visuelle fte ; 5 h 50 pt retrouvé au sol ; Ø signe d'éveil ; ne réagit pas à la douleur... (reste des notes omises). »

À la lecture du dossier, je constate que le plan de prévention additionnel n'est pas mis en place. J'ignore si M. ■ a reçu le bracelet jaune, tel que requis. Le plan thérapeutique infirmier ne contient que la mention du constat d'une chute.

Je n'ai retrouvé aucune mention quant aux mesures en place.

J'apprends par l'infirmière, Gestion des risques et Qualité/Sécurité des soins et des services, qu'un événement sentinelle avait été ouvert, mais qu'il avait été fermé sans recommandation.

J'ai eu l'occasion d'aborder mes différentes préoccupations à celle-ci.

L'équipe de soin lui fait mention que :

« L'utilisateur a été vu 20 minutes avant d'être retrouvé au sol, Il était couché au lit en décubitus dorsal. L'équipe de soin était dans leur tournée de médicaments lors de la chute. Aucun bruit n'a été entendu par le personnel. Sa chambre était proche du poste et il avait une chambre seul. L'utilisateur a toujours été orienté, donc le tapis d'alarme n'était pas pertinent selon le personnel. Le Morse a été fait à son arrivée. Le risque était élevé vu ses antécédents de chutes et sa raison d'admission. L'utilisateur avait sa marchette à sa disposition et la cloche d'appel au moment de la chute. Il a été retrouvé couché au sol sur le dos en position décérébration. **Impression de l'équipe :** l'utilisateur se serait assis sur le bord du lit et que les saignements au niveau cérébral auraient augmenté et il aurait chuté par la suite. Il avait 2 ridelles sur 4. À l'urgence, l'utilisateur avait été évalué par un physiothérapeute et celui-ci précise que l'utilisateur était autonome et sécuritaire dans ses déplacements. »

Je suis reconnaissante à l'infirmière Gestion des risques et Qualité/Sécurité des soins et des services d'avoir effectué des démarches afin de répondre à mes préoccupations. On m'a même indiqué qu'il était normal que les éléments à mettre en place n'aient pas été faits entièrement, puisque M. ■ venait d'arriver depuis peu à l'étage et qu'il s'agissait d'un patient orienté et autonome.

Par contre, les propos tenus et les réponses obtenues de l'équipe de soins par l'infirmière Gestion des risques et Qualité/Sécurité des soins et des services sont loin de me rassurer et soulèvent davantage de questionnements. Je lui ai adressé ceux-ci. Toutefois, cette dernière est limitée à l'information recueillie. J'adresse donc mes préoccupations par le présent rapport d'investigation.

QUESTIONNEMENTS

L'autonomie de M. ■

Comment peut-on prétendre que M. ■ est autonome et sécuritaire dans ses déplacements en omettant la situation des transferts ? La difficulté des transferts est la raison de l'hospitalisation de M. ■

Comment peut-on prétendre que le tapis d'alarme n'était pas nécessaire, alors que le plan de prévention additionnelle n'a pas été élaboré et par le fait même n'a pas été mis en place ? Si les ridelles étaient en place, où se trouvait la marchette ?

J'ignore si la 2^e section de l'échelle d'évaluation des chutes Morse a été complétée.

L'évaluation de la condition de M. ■

Comment peut-on affirmer qu'il n'y a eu aucune dégradation de l'état de santé de M. ■ alors qu'à 3 h 30, il avait des douleurs à la tête ? Quelle évaluation a été effectuée ?

On m'indique qu'après l'administration du Tylenol, il y a eu un suivi 20 minutes plus tard. Je devrais me fier à cette information alors qu'il n'y a aucune mention à cet effet au dossier.

La chute

Comment peut-on expliquer que M. ■ s'est assis sur le bord du lit, que les saignements auraient augmenté, ce qui aurait entraîné la chute ? Cette hypothèse de l'équipe de soins (intitulé « impression de l'équipe » dans le document que j'ai reçu de l'infirmière, Gestion des risques et Qualité/Sécurité des soins et des services) suite à sa collecte d'informations en lien avec mes questionnements semble peu probable. Devrais-je comprendre que le saignement est survenu soudainement après que M. ■ se soit assis ?

Si les ridelles sont effectivement en place, M. ■ a dû se glisser pour s'asseoir sur le bord du lit, ce qui est peu compatible avec l'hypothèse du saignement soudain apparaissant lorsque M. ■ s'assoit.

HYPOTHÈSE

À mon avis, les 2 hypothèses qui suivent sont les plus probables :

- 1) Il y avait présence d'un foyer hémorragique qui a progressé, occasionnant ainsi le mal de tête (constaté à 3 h 30) ; les ridelles ne sont pas en place et M. ■ tombe au sol ; dans cette hypothèse, il est toutefois difficile d'expliquer les raisons qui font que l'on trouve M. ■ au sol ;
- 2) Les ridelles ne sont pas en place, M. ■ tente de se lever et chute au sol avec un impact crânien, occasionnant ainsi un foyer hémorragique dans un contexte fragilisé au niveau cérébral.

Force est de constater qu'il est très difficile de comprendre les événements ayant mené au décès de M. ■

Il faudrait se fier à des informations qui n'apparaissent d'aucune façon au dossier et effectuer des spéculations sur les événements ayant occasionnés la chute.

Dans le dossier 2024-06532, un décès survenu le 27 août 2024 soit la veille du décès de M. ■ suite à une chute au même établissement, malgré plusieurs informations manquantes, j'avais réussi à colliger plusieurs éléments à l'aide de différents documents, ce qui n'est pas le cas dans le présent dossier.

Les notes devant apparaître au dossier de l'utilisateur sont primordiales afin de favoriser une meilleure évaluation des soins à prodiguer. Elles assurent également un continuum de soins entre les différents professionnels œuvrant auprès de la personne et assurent une prise en charge plus rapide et appropriée. Le personnel de soins doit comprendre la pertinence et l'importance de documents qu'ils doivent compléter.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c.S-4.2) prévoit que les usagers ont droit de recevoir des soins et services adéquats de façon personnalisée et sécuritaire.

Dans ce contexte, une personne qui est hospitalisée doit recevoir un accompagnement de qualité, ce qui implique de mettre en place et effectuer les évaluations nécessaires pour assurer des soins de qualité.

Conséquemment, dès le transfert d'unité effectué, les recommandations en lien avec l'évaluation de l'infirmière gériatrique de l'urgence auraient dû s'effectuer.

Pour ces raisons, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations.

CONCLUSION

M. ■ ■ ■ est décédé d'une majoration d'un hématome sous-dural consécutivement à une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine,

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie, dont fait partie le site Hôtel-Dieu** :

- [R-1] Procède à la révision du dossier de la personne décédée dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués respectaient les plus hauts standards de qualité et, s'il y a lieu, mette en place des mesures correctives afin d'assurer des soins de qualité;
- [R-2] Revoie et diffuse, dans les meilleurs délais, la procédure concernant la mise en place des soins et des mesures de protection en vue d'éviter des chutes;
- [R-3] Revoie et mette à jour, dans les meilleurs délais, les connaissances des infirmières et infirmiers auxiliaires au sujet de l'importance des observations à effectuer et des informations à colliger dans les outils mis en place.

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 Sherbrooke, ce 14 mai 2025.



Me Kathleen Gélinais, coroner