

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-08362

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
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-10-31 Date de l'avis	2024-08362 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
77 ans Âge	Féminin Sexe	
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-10-24 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Hôpital de Verdun Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par un proche en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 28 septembre 2024, vers 12 h 20, un membre du personnel soignant du Centre d'hébergement Le Manoir de Verdun (CHSLD), a trouvé Mme ██████████ assise au sol de sa chambre, entre son fauteuil roulant et sa chaise d'aisance. L'examen physique effectué sur place n'a révélé aucune blessure apparente ni douleur à la mobilisation de ses membres. Vers 17 h 20, elle s'est cependant plainte d'une vive douleur et d'élançements à la jambe gauche au moindre mouvement. Le personnel soignant a alors aperçu une protubérance au niveau de la hanche gauche de Mme ██████████ et noté que sa jambe était en position de rotation interne. Un appel a été logé au Centre d'urgence 9-1-1 vers 18 h 3, afin d'obtenir son transport vers un service d'urgence hospitalier, lequel a été effectué vers 21 h 50.

Des examens d'imagerie médicale effectués à l'Hôpital de Verdun en fin de soirée ont démontré une fracture du col du fémur gauche de Mme ██████████. Une hémiarthroplastie (chirurgie) a été pratiquée le 29 septembre 2024 en matinée, afin de remplacer la partie du fémur brisé au moyen d'une prothèse cimentée. À la sortie du bloc opératoire, Mme ██████████ présentait des signes d'aphasie (atteinte de la capacité de communiquer) et d'hémiplégie (paralysie du côté gauche de son corps). Des examens d'imagerie médicale ont alors confirmé qu'elle avait été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, vraisemblablement au cours de l'intervention chirurgicale.

Mme ██████████ est restée en Unité de soins intensifs pendant plus de deux semaines en raison de la précarité de sa condition. Extubée, mais toujours alimentée au moyen d'un tube nasogastrique (alimentation entérale), elle a été transférée dans une unité de soins de l'Hôpital de Verdun le 16 octobre 2024. Elle y a été trouvée, allongée de tout son long, dans son lit le 20 octobre 2024 vers 8 h 15, alors que son alimentation entérale était en cours. Des examens d'imagerie médicale ont par la suite démontré la majoration des opacités présentes aux deux bases pulmonaires de Mme ██████████ suggérant l'aggravation d'une pneumonie d'aspiration. Elle a été trouvée dans son lit en détresse respiratoire le 24 octobre 2024 vers 11 h 35. Des manœuvres de réanimation ont été pratiquées pendant plus d'une heure. Son décès a été constaté par un médecin de l'Unité de médecine interne à 12 h 45.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été effectué aux fins de la présente investigation, puisque le décès de Mme [REDACTED] a été déclaré tardivement au Bureau du coroner. Cependant, les lésions qui ont entraîné son décès étaient largement documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital de Verdun.

ANALYSE

Les antécédents médicaux de Mme [REDACTED] indiquent qu'elle présentait de multiples comorbidités. Elle souffrait notamment d'un trouble de la mobilité avec déconditionnement et de démence vasculaire, deux conditions qui avaient justifié son transfert en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Elle y a chuté 12 fois dans les sept mois précédant son décès.

Bien que la dernière chute mécanique de Mme [REDACTED] au CHSLD ait eu lieu alors qu'elle était seule dans sa chambre, rien ne permet de croire qu'elle implique l'intervention d'un tiers. Elle ne résulte pas d'un malaise ni de l'utilisation d'un médicament associé à un risque de chute. Comme pour les fois précédentes, elle s'explique par l'altération des fonctions cognitives de Mme [REDACTED] rendant déficient pour elle le suivi des consignes et de la logique de sécurité.

Dans ma recherche de la cause probable et des circonstances du décès de Mme [REDACTED] j'ai longuement analysé les notes inscrites à son dossier médical du CHSLD et de l'Hôpital de Verdun. J'en suis arrivée à la conclusion que deux événements qui y sont respectivement survenus ont contribué à son décès.

La chute du 28 septembre 2024 – Centre d'hébergement Le Manoir de Verdun (CHSLD)

Mme [REDACTED] a été rencontrée à son admission par plusieurs membres du personnel soignant du CHSLD – dont une ergothérapeute et un physiothérapeute – afin de brosser un portrait fonctionnel de ses capacités et évaluer son risque de chutes. Ce dernier a été jugé « élevé », en raison d'un équilibre précaire en position debout, d'une faiblesse musculaire et de désorientation. Particulièrement sur ce dernier point, le déconditionnement de Mme [REDACTED] nuisait à sa compréhension et à sa capacité à suivre les consignes données par le personnel soignant, notamment quant à l'utilisation de la marchette et à l'actionnement des freins du fauteuil roulant.

En raison de son trouble cognitif et de son historique de chutes à répétition, plusieurs mesures ont été mises en place dès l'admission de Mme [REDACTED] au CHSLD, puis ont été revues et adaptées au cours des mois suivants. Son intégrité physique était notamment protégée par l'utilisation d'un protecteur de hanches, d'un casque de protection crânienne et de l'attribution d'un fauteuil roulant équipé de freins autobloquants. Elle bénéficiait en outre de technologies d'aide à la surveillance, soit l'installation d'un tapis alarme dans son lit et son fauteuil roulant, afin que le personnel soignant réagisse le plus rapidement possible dès qu'elle se levait. Enfin, comme la majorité des chutes de Mme [REDACTED] survenaient alors qu'elle quittait son lit, recommandation avait été faite de faire une surveillance visuelle régulière lorsqu'elle était alitée.

Ce plan d'intervention a permis de réduire le nombre de chutes de Mme [REDACTED] jusqu'à ce qu'elle tombe de nouveau le 28 septembre 2024, enclenchant la cascade des événements qui ont mené à son décès. Il est à noter que le protecteur de hanches n'a alors été d'aucune utilité pour prévenir une fracture, puisque Mme [REDACTED] l'avait retiré en voulant utiliser seule la chaise d'aisance.

Le personnel soignant du CHSLD a produit un *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* après chaque chute de Mme [REDACTED] tel que requis par les *Lignes Directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux*.

J'ai eu plusieurs échanges avec la Responsable du CHSLD au cours de mon investigation. J'ai été informé de l'existence d'un protocole clinique utilisé pour la prévention des chutes depuis 2014 au sein de l'établissement, lequel document a fait l'objet d'une révision en 2023. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), lequel administre le CHSLD, possède en outre un nouvel « Outil d'évaluation post-chute 48h longue durée et réadaptation », lequel est présentement à l'essai dans deux centres d'hébergement sous l'égide du CCSMTL. Malheureusement, ce dernier n'était pas encore déployé au CHSLD au moment de la chute de Mme [REDACTED]

Considérant que plusieurs mesures ont été prises par le personnel soignant pour prévenir les chutes de Mme [REDACTED] et qu'une réunion se serait tenue au sein de l'établissement, advenant son retour au CHSLD, pour évaluer de nouveau son risque de chute et appliquer des interventions préventives, je considère qu'il n'y a pas lieu de faire de recommandation.

Le positionnement au cours de l'alimentation entérale – Hôpital de Verdun

Au cours de son hospitalisation, Mme [REDACTED] était alimentée au moyen d'une sonde nasogastrique, laquelle était bien en place tel que démontré par divers tests d'imagerie médicale. Le plan d'interventions déposé à son dossier médical de l'Hôpital de Verdun – lequel précise les actions et interventions dont le personnel infirmier est responsable – précise en matière d'alimentation entérale :

- « Garder la tête du lit élevée à 45 degrés. minimum 30 degrés (ou selon le confort de l'usager, pendant la nutrition entérale et durant les 60 minutes qui suivent)
- Cesser nutrition entérale 60 min. avant les interventions (exigeant une position allongée prolongée) »

Ce positionnement est nécessaire afin de prévenir le risque de déviation du contenu du gavage vers le larynx et les voies respiratoires. Or, Mme [REDACTED] a été trouvée à plat dans son lit le 20 octobre 2024 vers 8 h 15, alors que son alimentation entérale était en cours. Les notes inscrites à son dossier clinique et les informations recueillies au cours de mon investigation divergent quant à savoir comment elle s'est trouvée couchée à plat dans son lit. Quoi qu'il en soit, dans cette position, le liquide de gavage s'est vraisemblablement infiltré dans les poumons de Mme [REDACTED] aggravant sa pneumonie d'aspiration comme l'ont démontré les examens d'imagerie médicale effectués les 20 et 21 octobre 2024.

J'ai eu plusieurs échanges avec la Conseillère à la qualité, risques et éthique du CCSMTL. J'ai été informé que l'équipe de gestion des risques a bien réalisé une assurance qualité de l'événement qui s'est produit lors du gavage de Mme [REDACTED] mais que celle-ci n'a pas donné lieu à une analyse approfondie de l'incident.

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, ai-je décidé de formuler une recommandation dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

À la lumière des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus que le décès de Mme [REDACTED] est accidentel.

CONCLUSION

Le décès de Mme [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à des complications médicales d'une pneumonie vraisemblablement à la suite d'une aspiration du liquide de gavage, dans un contexte de fracture de la hanche consécutive à une chute de sa hauteur.

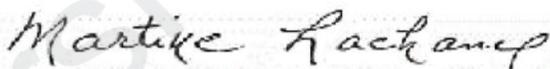
Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, duquel relève l'Hôpital de Verdun** :

[R-1] Rappelle au personnel soignant concerné les pratiques de prévention de l'aspiration pour les patients alimentés par sonde nasogastrique et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées pour éviter la récurrence d'un tel événement.

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 20 mai 2025.



Me Martine Lachance, coroner