

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-09253

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.

Dr Arnaud Samson  
Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2024-12-04 Date de l'avis	2024-09253 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████ Prénom à la naissance	██████ Nom à la naissance	
82 ans Âge	Masculin Sexe	
Québec Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2024-12-02 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Hôpital du Saint-Sacrement Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. █████ █████ est identifié visuellement par un proche à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 2 décembre 2024, alors qu'il est en observation à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement, M. █████ chute de sa civière. Il présente plusieurs plaies faciales, un hématome de la lèvre supérieure, une lacération frontale ainsi qu'une atteinte dentaire. À la suite de cette chute, il manifeste une agitation psychomotrice et est transféré en salle de réanimation.

De l'imagerie est faite rapidement et on note un important saignement à l'intérieur du crâne, principalement du côté gauche, qui exerce une légère pression sur le cerveau. Un autre saignement plus petit est présent à droite, accompagné de plusieurs zones de contusion (bleus internes). De plus, plusieurs os du visage sont fracturés, notamment autour de l'œil gauche, de la pommette et du sinus.

Compte tenu de la gravité du traumatisme craniocérébral, l'équipe traitante informe les membres de la famille de la mise en place de soins de confort, en accord avec le pronostic établi. En soirée, le décès de M. █████ survient et est constaté par un médecin de l'établissement.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions et lésions qui ont entraîné le décès de M. █████ sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital du Saint-Sacrement, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

### ANALYSE

M. █████ est une personne âgée de 82 ans résidant à « Le Boisé et la Clairière », une résidence faisant partie du complexe Les Quartiers des Rivières. Ce complexe propose des appartements adaptés aux personnes âgées autonomes et semi-autonomes, avec des services spécifiques répondant à leurs besoins. Il comprend également une unité de

réconfort destinée aux résidents en perte d'autonomie, offrant des soins spécialisés visant à maintenir leur bien-être.

M. ■■■ présente des antécédents médicaux significatifs, notamment un trouble neurocognitif majeur accompagné de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces derniers incluent des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement. Il est identifié au sein de la résidence comme une personne inapte à prendre des décisions concernant ses niveaux de soins, une tierce personne étant désignée pour le représenter. Il est également connu pour son errance fréquente au sein de la résidence.

#### **Historique des chutes de M. ■■■ selon le dossier de la résidence**

- 10 août 2024 - 4 h 53 : Chute avec impact crânien en tombant de sa chaise → Transfert à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise.
- 10 septembre 2024 - 9 h : Chute avec impact crânien en glissant dans le corridor.
- 2 octobre 2024 - 14 h : Chute avec impact crânien après un faux pas dans le corridor.
- 10 octobre 2024 - 5 h 17 : Chute sans impact crânien → Transfert à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement.
- 14 novembre 2024 - 9 h 30 : Chute à la renverse due à une perte d'équilibre.
- 26 novembre 2024 - 15 h : Chute sans impact crânien → Transfert à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise.

#### **Événement du 2 décembre 2024**

- 6 h 22 : Chute avec impact crânien, évalué par le personnel de la résidence.
- 6 h 33 : Appel au 911.
- 6 h 43 : Arrivée des ambulanciers. M. ■■■ est alerte et orienté, présente un hématome occipital gauche, mais aucun signe clinique alarmant.
- 7 h 31 : Prise en charge au triage, classé P4, transfert à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement.
- 7 h 35 : Installation sur une civière sans monitoring cardiaque, réalisation d'un électrocardiogramme (ECG).
- 8 h 23 : Évaluation clinique médicale.
- 9 h 35 : Nouvelle évaluation n'indiquant pas de condition préoccupante. M. ■■■ est incapable de relater les faits et n'exprime pas de douleur.
- 9 h 40 : Discussion téléphonique du médecin avec la famille pour préciser le niveau de soins.
- 9 h 56 : Réalisation d'une tomodensitométrie cervicale, ne révélant aucune fracture.
- 11 h 5 : M. ■■■ est retrouvé sur le sol au pied de sa civière en décubitus ventral (allongé face contre terre). Une évaluation clinique par le médecin est rapidement effectuée et une tomodensitométrie cérébrale est réalisée. Son état est jugé critique, et il est transféré en soins palliatifs, où il décède en soirée.

#### **Transfert initial de l'information à l'urgence**

Habituellement, un document contenant les antécédents médicaux, les informations sur la curatelle (le cas échéant), ainsi que les coordonnées de la personne responsable et de la famille, accompagne le résident lors de son transfert à l'urgence. Toutefois, lors de son séjour à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement, aucun outil visuel n'a permis d'identifier M. ■■■ comme une personne atteinte d'un trouble cognitif. Je n'ai pas identifié que la note infirmière avait procédé à une évaluation du risque de chute.

## **Triage à l'urgence**

Au triage, si l'infirmière note un risque de chute au moment de son évaluation, elle l'inscrit dans son triage. Ce n'est toutefois pas le mandat du triage de faire une évaluation selon les lignes directrices au triage.

À la page 8,<sup>1</sup> il est mentionné que :

*Le triage consiste à évaluer la condition du patient et à déterminer le niveau de priorité des soins selon une classification prédéterminée par l'ÉTG.*

*Le triage peut impliquer aussi une réévaluation périodique et systématique des patients qui attendent d'être pris en charge sur le plan médical.*

*Il importe de souligner que le but premier du triage est le repérage rapide des patients requérant une intervention urgente. Il est donc primordial que l'infirmière au triage soit en mesure de prendre contact avec le patient dans un délai maximal de dix minutes suivant son arrivée. En ce sens, la principale cible de l'évaluation infirmière au triage est l'attribution d'un niveau de priorité en fonction de la plainte principale du patient, plutôt que l'amorce d'un diagnostic clinique ou d'un traitement.*

Le Guide de gestion de l'urgence<sup>2</sup> stipule quant à lui que :

*L'évaluation initiale complète, réalisée par une infirmière, consiste à déterminer le degré de priorité associé à l'état d'un usager se présentant à l'urgence. Il sert également à définir l'orientation dans l'aire de traitement appropriée à l'état de santé de l'usager ainsi que le délai souhaitable entre l'évaluation infirmière et la prise en charge médicale y faisant suite.*

## **Évaluation du risque de chute**

L'évaluation du risque de chute doit être réalisée dans les 24 heures suivant l'admission, c'est-à-dire dans les 24 heures suivant l'installation du patient sur la civière. Un long délai pendant lequel une chute peut survenir.

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

À la suite d'un échange avec une conseillère cadre en qualité et gestion des risques lors de l'investigation, **une sensibilisation est effectuée auprès des infirmières afin que cette évaluation soit réalisée dans les deux premières heures.**

## **Revue de littérature**

**1987 Accidents aux urgences** — *Les services des urgences existent pour fournir des soins rapides et appropriés aux patients malades et blessés nécessitant une prise en charge urgente. Cependant, certains patients subissent également des accidents au cours du processus thérapeutique. Il a été démontré que les hôpitaux présentent des risques tant pour les patients (Snell, 1956 ; O'Brien et al., 1987 ; Banco & Powers, 1988) que pour le personnel (Flournoy & Rickard, 1987).<sup>3</sup>*

## **2020 Prévention des chutes à l'urgence**

*La prévention des chutes et des blessures liées aux chutes dans le contexte des urgences est d'une importance capitale en raison de ses implications sur l'augmentation des taux d'hospitalisation, de la durée de séjour, des coûts des soins de santé, ainsi que des taux de morbidité et de mortalité. Les patients se rendent aux urgences pour aller mieux, et non pour subir de nouvelles blessures ou complications. Cependant, les infirmiers considèrent*

<sup>1</sup> Triage à l'urgence : lignes directrices écrites en collaboration entre l'ordre des infirmières (OIIQ) et le collège des médecins (CMQ).

<sup>2</sup> Évaluation complète - Triage - Gestion clinique de l'épisode de soins - Professionnels de la santé - MSSS

<sup>3</sup> Dukes IK, Grant MK, Pathakji GS. [Accidents in the accident and emergency department](#). *Arch Emerg Med*. 1990;7(2):122-124.

souvent les chutes des patients aux urgences comme un événement inévitable, lié à la nature imprévisible et au rythme soutenu de cet environnement.

Une analyse plus approfondie des chutes montre toutefois que nombre de ces incidents auraient pu être évités grâce à un dépistage approprié, à une meilleure formation du personnel et à la disponibilité de l'équipement et des ressources adéquats. Un projet d'amélioration a démontré qu'une approche multifactorielle de la prévention des chutes peut permettre aux services d'urgence de mieux gérer ce problème complexe.

En examinant de près les données existantes sur les chutes des patients adultes aux urgences, des interventions ciblées ont été mises en place afin d'améliorer les compétences du personnel et la capacité du service à assurer la sécurité des patients et à prévenir les chutes. Ces efforts ont conduit à une diminution de 27 % des chutes chez les patients adultes aux urgences et à une réduction de 66 % des blessures liées aux chutes.

L'intégration d'interventions et de technologies innovantes, telle que la surveillance à distance des patients (RVM), les brancards équipés d'alarmes de sortie et les mises à jour des dossiers médicaux électroniques (DME), associée à la formation du personnel et à la promotion d'une culture de sensibilisation à la prévention des chutes, a permis d'établir un programme de prévention des chutes durable.<sup>4</sup>

### **2017 Dépistage préventif des chutes à l'urgence**

L'intégration d'un test fonctionnel rapide de l'équilibre dans l'évaluation du risque de chute aux urgences est réalisable et permet d'identifier de manière significative un plus grand nombre de personnes âgées à risque de chute.<sup>5</sup>

### **12 février 2025 l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement « Urgence amie des aînés »**

Récemment on pouvait lire sur le site web du CHU de Québec :

Le CHU de Québec-Université Laval (CHU) est fier d'annoncer que l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement a obtenu l'accréditation « Urgence amie des aînés » de l'American College of Emergency Physicians (ACEP). Cette reconnaissance fait de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement la troisième urgence québécoise à obtenir cette accréditation et la toute première dans la région de la Capitale-Nationale.

#### *Un service d'urgence gériatrique de pointe*

Cette accréditation, issue d'une vaste démarche initiée de façon volontaire, reconnaît que l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement a mis en place un environnement de soins spécifiquement adapté à la personne âgée. Cela comprend entre autres la formation gériatrique interdisciplinaire du personnel, l'utilisation d'équipements et de fournitures adaptés, ainsi que l'intégration des meilleures pratiques en soins gériatriques. Ces efforts, découlant du plan d'efficacité opérationnelle des urgences de la Direction des soins critiques du CHU, permettent d'assurer des soins standardisés et intégrés aux personnes âgées, particulièrement essentiels dans le contexte actuel de vieillissement de la population.

---

<sup>4</sup> Do No Harm: A Multifactorial Approach to Preventing Emergency Department Falls—A Quality Improvement Project *Journal of Emergency Nursing* Volume 46, Issue 5, September 2020, Pages 666-674

<sup>5</sup> Southerland LT, Slattery L, Rosenthal JA, Kegelmeyer D, Kloos A. [Are triage questions sufficient to assign fall risk precautions in the ED?](#) *Am J Emerg Med.* 2017;35(2):329-332.

Afin de pouvoir comprendre combien de personnes consultent en fonction de leur âge, J'ai reproduit le tableau des visites à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement des deux dernières années :

Âge	Ambulatoire 2023-2024		Sur civière 2023-2024		Total 2023-2024		Ambulatoire 2024-2025		Sur civière 2024-2025		Total 2024-2025	
<b>0 – 17 ans</b>	2038	6 %	130	0 %	2168	6 %	1701	6 %	140	0 %	1841	6 %
<b>18 – 24 ans</b>	2930	8 %	498	1 %	3428	9 %	2185	7 %	413	1 %	2598	9 %
<b>25 – 44 ans</b>	7613	21 %	1548	4 %	9161	25 %	6118	21 %	1244	4 %	7362	25 %
<b>45 – 64 ans</b>	6350	18 %	1861	5 %	8211	23 %	5214	18 %	1555	5 %	6769	23 %
<b>65 – 74 ans</b>	3290	9 %	1596	4 %	4886	13 %	2869	10 %	1256	4 %	4125	14 %
<b>75 – 79 ans</b>	1393	4 %	1157	3 %	2550	7 %	1189	4 %	920	3 %	2109	7 %
<b>80 ans et plus</b>	1874	5 %	3942	11 %	5816	16 %	1574	5 %	3186	11 %	4760	16 %
<b>Total</b>	25 488	70 %	10 732	30 %	36 220	100 %	20 850	71 %	8 714	29 %	29 564	100 %

La sensibilisation c'est bien, la prévention c'est mieux :

Il est essentiel d'intégrer systématiquement une évaluation précoce du risque de chute ainsi que, si nécessaire, une intervention de sécurité appropriée à l'une des étapes de la mise en observation sur civière d'un usager inapte ou à risque de chutes lors de son séjour à l'urgence. Cette évaluation devrait inclure un test fonctionnel rapide de l'équilibre, permettant une identification précoce et la mise en place immédiate des mesures de prévention adaptées.

L'ensemble des éléments recueillis indique que M. [REDACTED] [REDACTED] a eu un traumatisme craniocérébral à la suite d'une chute alors qu'il est en observation sur une civière à la salle d'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

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

## CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à un traumatisme craniocérébral sévère consécutif à une chute survenue à l'urgence.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec - Université Laval, dont fait partie l'Hôpital du Saint-Sacrement** :

**[R-1]** Réalise une évaluation systématique du risque de chute dans les deux heures suivant l'installation d'un patient sur civière à l'urgence.

## SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information dont les dossiers cliniques de la personne décédée et une bibliographie et des échanges avec les responsables en gestion des risques.

---

Je soussigné, coronier, 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 29 mai 2025.



Dr Arnaud Samson, coronier