

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2023-04909

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

BUREAU DU CORONER	
2023-07-06 Date de l'avis	2023-04909 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
97 ans Âge	Féminin Sexe
East Angus Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-07-03 Date du décès	East Angus Municipalité du décès
CHSLD d'East-Angus Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ ██████████ est identifiée visuellement par le personnel médical en cours de séjour.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 29 juin 2023, vers 9 h 50, un membre du personnel de soins trouve Mme ██████████ assise au sol, près du lit. Elle mentionne avoir glissé en tentant de s'asseoir. Une évaluation est alors effectuée et Mme ██████████ ne présente aucune douleur ou blessure. De plus, aucun élément environnemental ne permet d'expliquer cette chute. Mme ██████████ portait également ses chaussures. Puisque la chute est survenue en l'absence de témoin, conformément au protocole établi, un suivi post-chute de 48 heures est mis en place.

Le même jour, vers 12 h 15, un membre du personnel de soins trouve à nouveau Mme ██████████ assise au sol de sa chambre près du téléviseur. Elle explique avoir chuté alors qu'elle voulait ouvrir son téléviseur. Lors de l'examen, elle se plaint de douleur à la cheville, laquelle ne présente à l'examen ni œdème ni ecchymose. À nouveau, il n'y a aucun élément pouvant expliquer cette chute. Le suivi post-chute déjà mis en place se poursuit.

Le 1^{er} juillet 2023, dans le cadre des soins d'hygiène, à 7 h, une ecchymose bleu pâle au niveau de la cheville droite est retrouvée ainsi qu'un léger œdème. Toutefois, il n'y a aucune douleur à la palpation. Cette ecchymose est attribuée aux chutes du 29 juin 2023. Au moment de cette évaluation, Mme ██████████ présente des nausées.

Le 2 juillet 2023, à 8 h 30, Mme ██████████ accuse une douleur à la cheville droite et n'ose pas s'y appuyer pour ne pas perdre son équilibre. Elle veut limiter ses déplacements. Le suivi post-chute est cessé.

Le 3 juillet 2023, à 2 h 15, Mme ██████████ se plaint de douleur rétrosternale avec douleur au bras droit. Elle présente un point dans le dos et un engourdissement au niveau du cou. Après évaluation des signes vitaux, elle reçoit de la nitroglycérine en application de l'ordonnance collective à cet effet.

À 2 h 30, elle est toujours nauséuse et vomit de la bile. Elle accuse toujours une douleur au sternum avec une douleur dans le dos. Elle n'a pas de position dans le lit, elle se tortille.

À 2 h 38, elle reçoit une seconde dose de nitroglycérine.

À 2 h 50, elle accuse toujours des douleurs, de la médication pour la douleur lui est administrée.

À 3 h 15, Mme [REDACTED] ne va pas mieux, elle vomit sur elle, elle n'a toujours pas de position dans le lit. Le médecin de garde est contacté.

À 3 h 40, le médecin de garde prescrit de la médication devant la soulager.

À 4 h 15, Mme [REDACTED] est plus calme, mais accuse toujours une grande douleur.

À 4 h 50, elle reçoit de la médication pour soulager sa douleur.

À 5 h 15, elle indique qu'elle n'est toujours pas mieux.

À 6 h, elle est calme et n'a plus d'agitation. À 7 h, le rapport des événements de la nuit est fait à l'assistant-infirmier-chef de jour.

À 7 h 15, Mme [REDACTED] repose calmement. Toutefois, à 7 h 45, elle est agitée, elle présente des nausées, mentionne qu'elle va mourir, se plaint de douleur au dos. Elle reçoit à nouveau de la médication pour calmer la douleur, elle refuse de déjeuner.

Elle dort profondément sur l'heure du diner et vomit immédiatement après la prise de médicaments.

À 14 h 05, elle présente un inconfort lors des mobilisations au lit, elle a le teint pâle et le faciès crispé. La peau est froide et marbrée aux quatre membres. Elle reçoit de la médication pour soulager la douleur.

À 14 h 35, Mme [REDACTED] est en arrêt cardio-respiratoire. Le décès est constaté par un médecin au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) d'East Angus.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie par imagerie (tomodensitométrie sans contraste) est effectuée le 4 juillet 2023 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) — site Fleurimont. Dans son rapport, le radiologiste de l'Institut de cardiologie de Montréal, spécialiste en imagerie post-mortem constate l'absence de signe radiologique de traumatisme crânien. Il y a absence de lésion traumatique pouvant expliquer le décès.

Le radiologiste constate la présence d'un épanchement péricardique avec hémopéricarde concomitant. Bien que difficile à visualiser sur la tomodensitométrie sans contraste, il y a également une impression d'une image de dissection au niveau de l'aorte descendante.

ANALYSE

La *Loi sur les coroners* (RLRQ, c.C-68.01) 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, Mme [REDACTED] souffrait, notamment, de trouble neurocognitif mixte, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, d'insuffisance rénale chronique et d'hypotension orthostatique.

Puisque Mme [REDACTED] avait chuté dans les jours précédant son décès, il y avait suspicion qu'elle soit décédée à la suite d'un traumatisme occasionné par la chute dont elle a été victime.

L'analyse du dossier qui m'a été communiquée m'apprend également que Mme [REDACTED] a chuté à 4 reprises en près d'un mois.

Dans le cadre de cette investigation, j'apprends par la Gestionnaire des risques et Qualités/sécurité des soins et services que le dossier de Mme [REDACTED] a fait l'objet d'une analyse et qu'un plan d'amélioration a été mis en place concernant la situation des chutes. Ainsi, celui-ci prévoit la mise en place d'un comité interdisciplinaire local pour l'analyse des chutes ainsi que la mise en place de différents mécanismes d'audit. Ces mesures font écho à de nombreuses recommandations que j'ai formulées par le passé pour d'autres établissements du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

En ce qui concerne la chute de Mme [REDACTED] la mise en place de ce comité et des mécanismes d'audit rencontre mes préoccupations.

À la suite de l'autopsie par imagerie effectuée, aucun élément ne permet de croire que Mme [REDACTED] a succombé à une chute occasionnant une fracture ou un traumatisme crânien.

En effet, cette expertise réalisée suite au décès de Mme [REDACTED] a permis de dissiper tout doute à cet effet. Ce n'est pas la chute qui a occasionné son décès. Il était impossible pour le personnel de soins d'en avoir cette certitude avant cet examen. D'autant plus qu'au moment de la prise d'avis on m'a spécifié que ce décès était inattendu.

Bien que le décès ne résulte pas de la chute, je me questionne sur la pratique médicale ainsi que sur la pratique des infirmières et infirmières auxiliaires de cet établissement. Je me questionne également quant à la prise en charge et la gestion de la fin de la vie de Mme [REDACTED]

La feuille de « collecte de données post-chute/observations de l'infirmière auxiliaire » indique tant le 1^{er} juillet que le 2 juillet qu'il n'y a pas de présence de nausées, alors que les observations de l'infirmière pour ces mêmes journées font plutôt état que Mme [REDACTED] présente des nausées. À la question du formulaire s'il y a présence de douleur pour les journées du 1^{er} et 2 juillet, une réponse négative est inscrite alors qu'il est plutôt indiqué dans les notes d'observation de l'infirmière le contraire, spécifiant même que Mme [REDACTED] n'ose

pas s'appuyer sur sa cheville pour ne pas perdre l'équilibre. Il y a même la constatation d'une ecchymose. Celle-ci est d'une importante taille (5 cm x 6,5 cm), qu'un rapport de déclaration d'incident ou d'accident est complété.

Je me questionne donc sur la compréhension du personnel de soins au regard des observations qu'il doit effectuer. Je considère que ces collectes de données post-chute 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. Pour y parvenir, le personnel de soins doit comprendre la pertinence du document « collecte de données post-chute/observation de l'infirmière auxiliaire » et comprendre ce qu'il doit observer afin de remplir celui-ci adéquatement pour qu'il puisse être réellement utile.

En consultant le dossier de Mme [REDACTED] je ne suis pas en mesure de comprendre la démarche et l'orientation donnée aux soins prodigués à Mme [REDACTED] alors qu'elle manifeste une grande douleur. En plus de cet aspect, je m'interroge quant à la prise en charge de Mme [REDACTED] et les soins prodigués le 3 juillet 2023. Certes, l'ordonnance collective d'administration de la nitroglycérine lors de douleurs rétrosternales a été appliquée. De plus, le médecin de garde a été contacté après 2 administrations de nitroglycérine, en raison de la douleur persistante. Je salue l'initiative de l'infirmière à ce sujet.

Le dossier médical de Mme [REDACTED] ne contient que les notes des infirmières. Le dossier qui m'a été communiqué ne contient aucune note médicale. Après de nouvelles ordonnances de ma part, on m'a assuré qu'il n'y avait aucun document manquant. Je m'interroge sur l'évaluation du médecin de garde. À aucun moment, il ne s'est présenté au chevet de Mme [REDACTED]. Pourtant, il a été contacté rapidement par le personnel de soins.

Quels sont les éléments qui lui ont été communiqués? Comment concilier les douleurs exprimées et l'absence de soulagement? En rétrospective en ayant en main le résultat de l'ensemble des expertises et des causes du décès, il est plus aisé de déterminer l'origine des douleurs persistantes. Par contre, au moment de l'élaboration des hypothèses et de la prise de décision par le médecin, qu'a-t-il considéré et qu'a-t-il écarté pour traiter Mme [REDACTED]? Je ne saurais le dire.

Il n'y a aucune note d'évolution du médecin au dossier. L'état de santé de Mme [REDACTED] a changé, le médecin modifie le plan de traitement, mais ne consigne pas ces changements et les raisons de ceux-ci. Les notes d'évolution doivent être un témoin fidèle de la démarche clinique du médecin.

L'absence de ces notes rend incompréhensible la conduite adoptée dans le dossier de Mme [REDACTED]. Ce qu'on peut y constater, c'est qu'elle a manifesté de la douleur et ce, à répétition sans réel soulagement. On est en droit de s'interroger si Mme [REDACTED] a fait l'objet d'une évaluation sérieuse de sa condition à ce moment.

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.

Le CHSLD est le dernier lieu de résidence de la grande majorité de la clientèle qui y est hébergée. Dans ce contexte, les personnes qui y sont hébergées doivent recevoir un

accompagnement de qualité ce qui permet de leur assurer une fin de vie empreinte de dignité et de respect.

Conséquemment, malgré la mise en place de certaines mesures en lien avec les chutes, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des suites d'une tamponnade cardiaque dans le contexte d'une maladie cardiaque athérosclérotique.

Il s'agit d'un décès naturel.

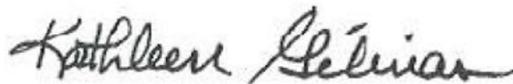
RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je recommande :

Au **Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)**, dont fait partie le Centre d'hébergement et de soins de longue durée d'East Angus :

- [R-1]** De procéder à la révision du dossier de la personne décédée pour la période débutant le 29 juin dans le but de s'assurer que les soins qui ont été prodigués respectaient les plus hauts standards de qualité et, le cas échéant, prendre toutes les mesures pour assurer aux résidents des soins respectant les plus hauts standards de qualité;
- [R-2]** De revoir et diffuser au personnel soignant, dans les meilleurs délais, la procédure concernant les suivis post-chute et les inscriptions à effectuer au dossier, dans le but d'assurer un continuum de soin et favoriser une évaluation adéquate par l'équipe médicale ;
- [R-3]** De revoir et mettre à jour, dans les meilleurs délais, les connaissances des infirmières et infirmiers-auxiliaires au sujet de l'importance des observations post-chute et des informations à colliger dans les grilles mises 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 6 juin 2025.



Me Kathleen Gélina, coroner