

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-06568

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	2024-06568 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
81 ans Âge	Féminin Sexe	
Coaticook Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-08-27 Date du décès	Coaticook Municipalité du décès	
CSSS de la MRC-de-Coaticook Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 26 août 2024, vers 19 h 10, un membre du personnel de soins découvre Mme ██████████ couchée sur le côté gauche, entre la chaise bassine et le lavabo. Elle a alors le pantalon au niveau des cuisses. Mme ██████████ est consciente et manifeste beaucoup de douleurs. Elle verbalise s'être cogné la tête au sol en tombant. Elle verbalise également une douleur vive au niveau de la hanche gauche. Elle explique s'être levée pour aller à la toilette. Il est constaté que sa marchette est restée sur le bord du mur près de la fenêtre.

Une évaluation est effectuée, Mme ██████████ présente une déviation vers l'extérieur de sa jambe gauche, elle gémit et pleure. Lors de l'examen, elle ne présente aucune autre douleur, ni blessure, ni ecchymose, ni hématome sur son corps.

Elle est relevée par 3 personnes à la toile et au levier et est installée au lit.

Le médecin de garde est avisé, lequel prescrit une radiographie de la hanche à effectuer le lendemain. De la médication visant à atténuer la douleur est également prescrite.

Le 27 août 2024, peu après la transition du personnel de nuit au personnel de jour, Mme ██████████ est souffrante et gémit. Elle a de la difficulté à prendre la médication visant à soulager sa douleur.

Le médecin évalue Mme ██████████ et confirme qu'il y a une fracture de hanche probable. Au moment de l'évaluation, il n'y a pas d'hématome, mais elle est souffrante et la mobilisation est douloureuse. Mme ██████████ en présence d'un membre de sa famille, indique qu'elle ne veut pas de radiographie de la hanche. Afin de la soulager, la médication est revue pour assurer son confort.

Vers 11 h 30, en raison de la douleur persistante, le médecin revoit à nouveau la médication.

Peu après le dîner, l'état de conscience de Mme [REDACTED] est altéré et n'a pas de réaction au toucher ou à la parole.

À 15 h 50, Mme [REDACTED] est en arrêt cardio-respiratoire. Le décès est constaté par un médecin au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la MRC-de-Coaticook.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] sont documentées dans son dossier clinique du Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

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.

L'analyse du dossier médical fait état de divers antécédents médicaux n'étant pas contributifs au décès, donc sans pertinence dans le cadre de la présente analyse, je n'en ferai pas mention. Toutefois, je crois utile de préciser que Mme [REDACTED] était connue pour de la fibrose pulmonaire et un néo pulmonaire depuis plusieurs années. Or, il y avait constatation médicale d'une détérioration oncologique majeure ainsi qu'une détérioration emphysémateuse. Une orientation palliative est en place.

Par contre, Mme [REDACTED] était à un stade où elle était principalement alitée 24 heures par jour et n'allait plus seule à la toilette.

Lors de la visite médicale du 22 août 2024, le médecin traitant suggère qu'une médication plus ajustée pourrait être administrée. À partir de ce moment, le médecin envisage un pronostic de vie de 3 mois et moins.

C'est dans ce contexte que 4 jours plus tard Mme [REDACTED] est admise au Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook.

Au moment de l'admission du 26 août 2024 de Mme [REDACTED] aucune grille d'évaluation du dépistage du risque de chute n'a été complétée. Le dossier contient un plan thérapeutique infirmier, lequel semble avoir été complété en partie préalablement à l'admission puisqu'il porte la date du 25 août 2024.

Dans le cadre de mes discussions avec le médecin traitant de Mme [REDACTED] j'ai été très préoccupée par les versions contradictoires que le personnel de soins a fournies au cours de notre conversation. Un membre du personnel de soins s'étant immiscé dans nos échanges.

Ainsi, dans un premier temps, j'apprends que Mme [REDACTED] était alitée et recevait de l'oxygène, elle ne pouvait donc pas se lever.

Celle-ci ayant besoin d'aller à la salle de bain aurait utilisé une cloche d'appel. Par contre, comme aucun membre du personnel de soins n'arrivait pour porter assistance, elle se serait glissée l'autre côté des ridelles alors en place, afin de se rendre seule, à la salle de bain.

Au cours de mes échanges avec le médecin, un membre du personnel de soins est intervenu pour préciser qu'elle n'avait pas sonné, mais que c'est plutôt le tapis sensitif qui avait sonné.

Dans un premier temps, le « compte rendu de soins infirmiers et note d'évolution » indique en date du 26 août 2024 que Mme [REDACTED] dit s'être levée pour aller aux toilettes et que le tapis sensitif est présent au lit et fonctionnel.

Sur la base de cette seule affirmation, on serait tenté de croire que les membres du personnel de soins n'ont pu se rendre à temps au chevet de Mme [REDACTED] dès le déclenchement du tapis sensitif, afin d'éviter la chute. Toutefois, une note tardive de l'infirmière auxiliaire m'apprend que, dans les faits, lorsque Mme [REDACTED] a été découverte au sol, le tapis sensitif clignotait rouge, indiquant le déclenchement, mais il n'y avait aucun son en provenance de celui-ci. Conséquemment, il n'était pas fonctionnel, contrairement à ce qui apparaît dans les rapports.

Dans ce contexte, je suis portée à accorder beaucoup de crédit à la version des faits rapportée par le médecin corroboré par la note tardive quant aux événements ayant conduit à la chute, plutôt qu'aux seules notes et observations du dossier.

Mes échanges avec la responsable Gestion qualité et sécurité des usagers/Qualité et sécurité des soins et des services, m'apprennent qu'un plan d'amélioration a été mis en place afin de vérifier le fonctionnement des équipements servant à la gestion de la mobilité au début et à la fin du quart de travail. Bien que ce plan d'amélioration rencontre les préoccupations que j'ai exprimées dans plusieurs rapports d'investigation antérieurs, je me questionne sur la pratique des infirmiers et infirmières auxiliaires de cet établissement. Je me questionne également sur la prise en charge de Mme [REDACTED]

En effet, je me questionne donc sur la compréhension du personnel de soins au regard des informations qu'il doit compléter et de l'importance qu'il y accorde. Il ne s'agit pas que de documentation administrative. Ces documents ont pour objectif de favoriser une meilleure évaluation des soins à prodiguer. Ils assurent un continuum de soins entre les professionnels œuvrant auprès de la personne et assurent une prise en charge adéquate de celle-ci. Les informations colligées adéquatement permettent le remplacement ou la réparation du matériel défectueux et la mise en place de moyens permettant d'éviter d'autres situations occasionnant des chutes. Force est de constater que le dossier est incomplet.

Certes, Mme [REDACTED] avait été admise la journée même. Je rappelle toutefois que l'« échelle de dépistage des chutes Morse » n'a pas été complétée. Elle est bien au dossier, mais non complétée. Ce document primordial aurait permis d'analyser la situation de Mme [REDACTED] et mettre en œuvre différents moyens, telle une tournée mictionnelle, afin d'éviter qu'elle soit obligée de se lever seule pour aller aux toilettes, faute de réponse. Je rappelle qu'elle n'en a pas la capacité, tel que la demande d'admission l'indiquait clairement.

Une chute qui provoque une fracture de la hanche s'exprime par une douleur intense. Lorsque survient une fracture de la hanche, si les morceaux d'os cassés se sont séparés, les personnes ne peuvent pas marcher, se tenir debout ou bouger la jambe. Lorsqu'elles sont en position couchée, la jambe affectée peut sembler plus courte. Néanmoins, si les morceaux cassés ont été coincés ensemble et que la fracture est petite, les personnes peuvent parfois marcher, car la douleur est légère et la jambe semble normale.

Dans le cas d'une chute, si une grosse quantité de sang fuit de la fracture ou du vaisseau sanguin déchiré, la zone peut gonfler et un hématome violacé peut se développer, signifiant alors une perte de volume sanguin. Selon la taille et le poids de la personne, le corps humain contient entre 5 et 6 litres de sang. Une fracture de la hanche est susceptible d'engendrer des pertes de sang de plusieurs litres. Cette situation n'est pas toujours visible, même lors d'un examen externe, car le sang demeure séquestré à différents endroits dans le corps, en fonction de l'endroit où le vaisseau sanguin a été rupturé.

Une telle perte de sang entraîne fréquemment un état de choc hypovolémique (causé par la réduction du volume sanguin en circulation dans le reste du corps) pouvant entraîner une insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire ou cardiaque, ce qui peut conduire au décès.

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.

Cet établissement est le dernier lieu de résidence d'une majorité de la clientèle qui y est hébergé.

Conséquemment, 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.

Dans ces circonstances, malgré la mise en place d'un plan d'amélioration permettant la vérification du matériel, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée de complications médicales secondaires à une fracture de la hanche dans un contexte de chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.


RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine,

Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – (CIUSSSE), dont fait partie le Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook de :

- [R-1]** Revoir et mettre à jour, dans les meilleurs délais, les connaissances des infirmières et infirmiers auxiliaires au sujet de l'importance des observations colligées au dossier et de l'importance de compléter adéquatement le rapport incident-accident (formulaire AH-223);
- [R-2]** S'assurer de bien colliger toutes les informations et compléter les documents nécessaires à l'admission d'un patient de façon à assurer la mise en place de soins appropriés et des moyens visant à assurer ceux-ci.

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