

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-04580

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt et sans la signature du coroner). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt et la signature du coroner, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Kathleen Gélinas
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-06-18 Date de l'avis	2024-04580 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
93 ans Âge	Féminin Sexe	
Coaticook Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-06-17 Date du décès	Coaticook Municipalité du décès	
Centre multi.SSS de la MRC de Coaticook (CHSLD) Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 13 juin 2024, vers 15 h, un membre du personnel de soins découvre Mme ██████████ couchée au sol, sur le côté gauche, à côté de son lit, vêtue seulement de sa culotte d'incontinence. Mme ██████████ est consciente. Elle verbalise une douleur à l'épaule gauche.

Lors de l'évaluation, Mme ██████████ présente de la difficulté à lever le bras gauche. Toutefois, il n'y a ni rougeur ni hématome d'observés.

Elle est relevée à l'aide de 4 personnes et installée au fauteuil roulant. Puisque la chute est survenue sans témoin, dans le doute, un suivi post-chute avec impact crânien se met en place. Un membre de la famille est avisé de la chute, lequel explique au personnel de soin que Mme ██████████ a plus de difficulté à la mobilisation et qu'il y a augmentation de la douleur relativement à une fracture survenue il y a environ 1 an.

La nuit du 13 au 14 juin 2024 se déroule sans particularité.

Toutefois, au cours de la journée du 14 juin 2024, un préposé aux bénéficiaires remarque une diminution de l'état général de Mme ██████████ et en fait part à l'infirmière auxiliaire qui le consigne au dossier. Elle présente des douleurs à l'estomac et est plus somnolente.

Au cours de la soirée du 14 juin 2024, le suivi post-chute est toujours en cours. Mme ██████████ est très somnolente. Le réveil est très difficile pour l'administration de la médication. Au souper, elle est trop endormie pour manger, même avec stimulation par le personnel de soin. Elle présente de la tachypnée. L'infirmière est avisée.

Le 15 juin 2024 à 16 h 10, l'infirmière est avisée par l'infirmière auxiliaire que Mme ██████████ ne réagit ni au changement de position ni à la stimulation. Au moment de l'évaluation, elle présente de la douleur au niveau du thorax et n'a pas de force au niveau des 4 membres. Elle répond en chuchotant, elle n'ouvre pas les yeux et semble vouloir dormir. Il est alors prévu qu'un suivi soit effectué auprès de la responsable de jour.

Le 15 juin 2024, l'infirmière auxiliaire de jour constate que Mme [REDACTED] est amorphe, elle répond difficilement, elle refuse la médication et elle n'a pas déjeuné.

À 9 h 50, il est constaté qu'il y a une diminution de l'état général. Il est prévu qu'elle soit vue par le médecin de garde.

Le médecin de garde arrive à 10 h 30. Lors de l'évaluation, celui-ci constate que Mme [REDACTED] ouvre à peine les yeux, qu'elle ne bouge pas et qu'elle ne serre pas les mains.

Elle présente une température rectale à 37.9 °C. En raison de la diminution de l'état de conscience depuis plus de 12 h avec température, un sepsis en installation, de cause inconnue, jumelé à la chute, le médecin suspecte un saignement intra crânien. Un membre de la famille est contacté, lequel indique souhaiter l'administration de soins de confort. La médication est ajustée en conséquence.

Le 17 juin 2024, à 18 h 55, Mme [REDACTED] est en arrêt cardio-respiratoire. Le médecin de garde est contacté, lequel complètera le constat de décès à 9 h le 18 juin 2024 au Centre multiservices de santé et de services sociaux (Centre multi. SSS) de la MRC de Coaticook.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie par imagerie (tomodensitométrie sans contraste) est effectuée le 19 juin 2024 au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) — site Fleurimont. Dans son rapport, le radiologiste spécialisé en imagerie post-mortem du Centre de Santé et de Services sociaux, Alphonse Desjardins / Centre Hospitalier affilié Universitaire de Lévis, constate l'absence de lésion intracrânienne. Il y a absence de lésion traumatique aiguë sur le plan osseux ni signe d'hémorragie interne qui puisse expliquer le décès. Il constate une ancienne fracture non consolidée du col huméral gauche (épaule).

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, Mme [REDACTED] souffrait, notamment, de trouble neurocognitif majeur, de diabète de type II, de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS), d'un ancien accident vasculaire cérébral, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, d'hypothyroïdie et d'ostéoporose fracturaire.

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 communiqué m'apprend que le 11 juin 2024, soit quelques jours avant, Mme [REDACTED] avait fait l'objet d'une évaluation par une technologue en physiothérapie à la suite d'une demande formulée le 6 juin 2024. Cette demande était formulée puisqu'il y avait une diminution de la mobilité. À ce moment, elle mentionne ressentir une douleur au membre supérieur gauche.

Ainsi, la technologue en physiothérapie indique, notamment, dans le cadre de l'évaluation au niveau de :

- L'équilibre :
Assis statique au bord du lit : précaire, temps +/- 1 min;
Debout statique : nul, incapable de se lever;
- La mobilisation au lit :
DD à DL : aide x 1 pers. + aide de la patiente avec ridelle;
Se remonter au lit : aide x 2 pers;
- Transferts :
Debout Assis/Pivot FRLIT : incapable de lever Mme avec aide x 2 pers;
Levier total : aide x 2 pers.

Conséquemment, une détérioration de la condition de Mme [REDACTED] est notée. Elle nécessite l'utilisation d'un levier total en tout temps ainsi que l'aide de 2 personnes avec Quick Fit (une toile lève-personne) en physiothérapie. Une recommandation de maintenir les tapis sensitifs au lit et au fauteuil roulant est formulée, car selon le personnel de soins, Mme [REDACTED] tenterait occasionnellement des transferts du fauteuil roulant au fauteuil fixe du salon.

Bien que le rapport de la technologue en physiothérapie n'ait été complété que le 13 juin 2024, elle a fait mention de ses recommandations au personnel infirmier dès le 11 juin 2024, soit la journée de l'évaluation.

En raison de cette évaluation de la capacité de Mme [REDACTED], à peine 2 jours avant la chute, je ne comprends aucunement comment cette chute a pu se produire. Outre le « rapport de déclaration d'incident ou d'accident » faisant état de l'accident, j'ignore les raisons qui ont poussé Mme [REDACTED] à tenter de se lever. J'ignore si elle s'est levée de son fauteuil ou de son lit. L'infirmière clinicienne en gestion des risques/Direction de la qualité, de l'éthique de la performance et du partenariat (DQÉPP) m'informant que l'enquête réalisée ne permet pas d'expliquer cette chute et que la disposition de la chambre fait en sorte qu'elle aurait pu chuter tant du fauteuil que du lit. Cette situation inexpliquée où l'on ne peut indiquer où un patient, entièrement dépendant d'aide d'un tiers, se trouvait soulève des interrogations de ma part. Je m'interroge également du laps de temps qui s'est écoulé entre le moment où le tapis sensitif s'est mis à sonner et la chute de Mme [REDACTED]. En effet, puisque Mme [REDACTED] était vêtue, et que tant le « compte rendu de soins infirmiers et notes d'évolutions » que « le rapport de déclaration d'incident ou d'accident » précisent que Mme [REDACTED] a été retrouvée portant uniquement sa culotte d'incontinence. Celle-ci a donc eu le temps de retirer ses vêtements, à un moment indéterminé. Vu l'évaluation effectuée par la technologue en physiothérapie, elle a dû déployer beaucoup d'effort pour y parvenir et un certain laps de temps a dû s'écouler. Je m'interroge sur la méthode utilisée par Mme [REDACTED] pour y parvenir, sans que le tapis sensitif n'ait pu se déclencher. En effet, en théorie, le déclenchement du tapis sensitif aurait entraîné une intervention du personnel de soins. Puisque l'on a retrouvé Mme [REDACTED], par terre, sans aucun vêtement, je m'interroge donc sur le temps réel de l'intervention. Il est important de souligner que cet établissement comporte 2 étages pour les résidents, pour lesquels 5 membres du personnel de soins sont présents. Selon les explications que j'ai obtenues de

l'infirmière clinicienne en gestion des risques/Direction de la qualité, de l'éthique de la performance et du partenariat (DQÉPP), les membres du personnel sont attitrés à chacun des étages.

Malgré mes questionnements à cet effet en lien avec le temps d'intervention, je n'ai pu obtenir de précision. Je comprends que cette chute a été découverte par le personnel de soins débutant le quart de travail à 15 h.

En raison de la chute sans témoin, il y avait suspicion qu'elle ait subi un traumatisme crânien. Dès le 14 juin 2024, Mme [REDACTED] est plus somnolente et une diminution de son état général est constatée.

Je me questionne sur les soins prodigués suite à la chute du 13 juin 2024 et les évaluations effectuées. Je crois utile de rappeler que les symptômes d'un traumatisme crânien sont multiples : maux de tête, nausées et vomissement et diverses atteintes neurologiques comme des pertes de sensibilité, de la motricité ou une aphasie, une somnolence ou des troubles visuels.

Selon la gravité du traumatisme, il peut s'accompagner de perte de conscience pouvant aller de la simple perte de conscience brève après le choc à des comas plus ou moins profonds. Les troubles de la conscience peuvent apparaître soit immédiatement après le choc ou plusieurs heures ou jours après, par exemple lorsqu'un hématome se forme.

C'est pour ces raisons qu'un suivi post-chute rigoureux doit être effectué lorsqu'il y a un soupçon de traumatisme crânien.

Je rappelle que la chute est survenue le 13 juin 2024 vers 15 h et que dès la journée du 14 juin 2024, son état général se dégrade. Près de 24 h après la chute, elle est somnolente au point de ne pas s'alimenter et ne plus vraiment ouvrir les yeux. Malgré ces éléments, on attendra au 15 juin 2024, pour prévenir le médecin, lors de son passage. Il n'y a eu aucun suivi médical ou avis au médecin suite à la chute du 13 juin 2024.

Je suis interrogative quant à cette façon de procéder où le médecin est prévenu tardivement compte tenu de l'état de sommeil persistant de Mme [REDACTED].

Pendant cette période de suivi post-chute, il n'y a eu aucun appel à un médecin, alors que l'on peut comprendre des notes d'évolution que Mme [REDACTED] a dormi et/ou somnolée pendant près de 15 h.

Je comprends que l'on doive respecter le rythme de sommeil d'un résident. Toutefois, il y a lieu de s'interroger quant à la pertinence d'un suivi post-chute s'il n'y a aucune évaluation du trouble de la conscience parce qu'on laisse dormir ou somnoler la personne que l'on doit évaluer alors que la somnolence est l'un des symptômes du traumatisme crânien.

Pourtant, le médecin de garde ne sera informé d'aucune façon du changement d'état de Mme [REDACTED]. On attendra son passage le 15 juin 2024 pour lui en faire part. En raison des observations, le médecin attribuera, entre autres, cette dégradation de l'état de Mme [REDACTED] à un saignement intracrânien. Toutefois, suite à la réalisation de l'autopsie par imagerie, 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. Par contre, ces éléments n'étaient pas connus par le personnel de soins du vivant de celle-ci.

Par cette expertise réalisée post-mortem, nous pouvons affirmer que la chute de Mme [REDACTED] n'est pas ce qui a occasionné son décès. N'eut été de celle-ci, il aurait été nécessaire de se fier uniquement au dossier médical. Dans ce contexte, j'observe que les notes des infirmières et des infirmières-auxiliaires dans le suivi de Mme [REDACTED] sont lacunaires.

Je suis d'opinion que, dans le cadre de l'administration des soins, on aurait dû s'interroger bien avant, et contacter plus rapidement le médecin afin de l'informer du changement d'état de Mme [REDACTED]. Celui-ci étant concomitant avec la chute. Ainsi, le médecin a l'opportunité d'examiner la situation en temps opportun et d'intervenir dans les soins à prodiguer, s'il y a lieu.

A posteriori, une fois la tomodensitométrie post-mortem effectuée et la cause traumatique du décès écartée, il est aisé de constater que ce n'est pas la chute qui a occasionné cet état, mais plutôt une infection (vu la présence de température plus élevée le 15 juin 2024) et que c'est probablement cette infection qui a atténué l'état d'éveil où elle se trouvait habituellement.

Toutefois, cette analyse ne pouvait être effectuée par le personnel de soin au moment où il effectuait le suivi. Je m'attends à ce qu'une surveillance accrue soit effectuée surtout lorsque le « rapport de déclaration d'incident ou d'accident » complété de façon contemporaine aux événements prévoit à titre de mesure une augmentation de la fréquence de surveillance. Je m'interroge sur l'utilité de tels suivis si l'on n'informe d'aucune façon le médecin du changement d'état du résident. Mes discussions avec l'infirmière clinicienne en gestion des risques/Direction de la qualité, de l'éthique de la performance et du partenariat (DQÉPP) m'apprennent qu'une recommandation sera formulée relativement au fait de prévenir le médecin lorsqu'un changement d'état est constaté.

J'ai constaté une situation similaire dans le cadre de la rédaction du rapport 2024-03427 visant un autre établissement. Je n'avais pas formulé de recommandation à ce moment puisque l'on m'avait assuré que des mesures seraient mises en place.

Dans le cadre de la présente investigation, puisque la même situation se reproduit quant au fait d'aviser tardivement le médecin alors qu'il est survenu une chute et apparition des symptômes pouvant être attribués à telle chute, je suis d'avis qu'il y a lieu de formuler des recommandations de façon à ce que les procédures suivies et soins à apporter en cas de chute soient revus pour l'ensemble des établissements.

Certes, les procédures et grilles sont les outils de travail qui ne remplacent d'aucune façon le jugement dont doit faire preuve le personnel de soins, c'est pourquoi elles doivent s'accompagner de formation.

De plus, spécifiquement à cet établissement, j'ai formulé des recommandations concernant l'importance de documenter les dossiers des usagers (Rapport 2024-06568). Ce rapport ayant été produit après le décès de Mme [REDACTED], les correctifs recommandés n'ayant pu être en place. Dans ce contexte, je ne répéterai pas ces recommandations. Je m'attends à ce qu'elles soient mises en place.

En effet, dans la présente investigation, je me questionne à nouveau sur la compréhension du personnel de soins au regard des informations qu'il doit compléter au dossier de l'utilisateur 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, assurant une prise en charge adéquate de celle-ci et permettant des interventions appropriées.

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 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.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des complications médicales apparues après une infection d'étiologie indéterminée.

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 de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie dont fait partie l'établissement Centre multiservices de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook et pour une application à l'ensemble de ses établissements de :

- [R-1]** Mettre à jour dans les meilleurs délais, les procédures, suivis et les soins à apporter en cas de chute ;
- [R-2]** Mettre à jour dans les meilleurs délais, les connaissances des infirmières et infirmières auxiliaires au sujet des suivis à apporter en cas de chute et des observations à colliger au dossier de l'utilisateur ;

[R-3] Rappeler aux infirmières et infirmiers auxiliaires, l'importance d'aviser le médecin traitant ou de garde si le patient présente un état de conscience altéré ou un changement d'état de la condition physique.

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 20 août 2025.

Ne pas supprimer! La signature sera
insérée ici.

Me Kathleen Gélinas, coroner

Version anonymisée