

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-00696

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 Annie Nadon
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-01-22 Date de l'avis	2024-00696 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
82 ans Âge	Masculin Sexe	
La Prairie Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-01-22 Date du décès	Châteauguay Municipalité du décès	
Hôpital Anna-Laberge Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon son dossier clinique auprès de l'Hôpital Anna-Laberge, M. ██████████ chute de sa hauteur le 11 décembre 2023, alors qu'il est à son domicile. En raison des douleurs persistantes à la hanche et d'une difficulté à se mobiliser, les techniciens ambulanciers sont contactés le 13 décembre et le transportent à l'urgence. Les médecins diagnostiquent une fracture de la hanche gauche pour laquelle il est opéré le 14 décembre. M. ██████████ souffre d'un important delirium post opératoire. Il chute à nouveau le 4 janvier 2024 alors qu'il est toujours hospitalisé. Selon le rapport d'accident, il chute dans sa chambre pendant la nuit, vers 3 h 30. Il est retrouvé assis sur le sol au pied de son lit et dit avoir glissé en se levant seul. Le 6 janvier, il est opéré à nouveau à la hanche. Les vis installées lors de la première chirurgie sont retirées et une endoprothèse est installée.

La condition de santé de M. ██████████ et son état général se dégradent. Considérant l'ensemble de ses conditions médicales, l'équipe traitante et la famille optent pour des soins de confort. Peu de temps après, le 22 janvier 2024, un médecin constate son décès.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. ██████████ sont documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital Anna-Laberge, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée dans le cadre de l'investigation.

ANALYSE

M. ██████████ a des antécédents, entre autres, de maladie de parkinson, de troubles neurocognitifs, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'hypertension artérielle, de cholestérol élevé, de sténose spinale et d'ostéoporose fracturaire. D'ailleurs, des médicaments lui étaient prescrits pour la plupart de ces conditions. En décembre 2023, il habite seul, mais bénéficie d'un soutien régulier de sa famille. Selon la famille, M. ██████████

chute à quelques reprises au cours de l'année dont deux fois dans le mois précédent la chute du 11 décembre 2023. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace et en perte d'autonomie.

Dès son arrivée à l'hôpital, M. [REDACTED] est confus et agressif. De manière générale, il refuse de collaborer aux soins. En plus des soins qui lui sont offerts pour sa hanche, il est vu en gériatrie et en psychiatrie. À la suite de la chirurgie à la hanche du 14 décembre, le delirium est plus prononcé. Il est immobilisé et reçoit de la médication pour le soulager. Il connaît des hauts et des bas, mais le delirium persiste. Le 3 janvier 2024, le médecin qui voit M. [REDACTED] en gériatrie note qu'il est désorienté, qu'il est moins agressif, mais s'oppose aux soins. Il se questionne sur l'installation d'un syndrome d'immobilisation, demande que M. [REDACTED] soit vu en physiothérapie et réajuste la médication. Il recommande entre autres un bilan sanguin, le contrôle des signes vitaux, avec une attention particulière à la tension artérielle. Il recommande aussi une imagerie de la tête, qui est réalisée le même jour et révèle entre autres une sinusite.

Dans la nuit du 3 au 4 janvier, M. [REDACTED] chute et subit un nouvel impact à la hanche gauche. Un membre du personnel le retrouve à côté de son lit. Selon les notes infirmières, au cours de la nuit, les quatre ridelles du lit de M. [REDACTED] sont relevées. Par contre, les notes ne permettent pas de préciser si le système d'alarme de détection de mouvement (TABS) est activé. Ce dispositif avise le personnel hospitalier en émettant un bruit quand le système détecte un changement de pression sur un lit ou un fauteuil, ce qui permet d'intervenir rapidement en cas de mouvement. À la suite de la chute, un rapport d'accident est complété. La fréquence de surveillance par le personnel infirmier est augmentée et l'activation du système TABS est recommandée.

Selon le dossier clinique, il semble y avoir des écarts entre la trajectoire de soins et la procédure établie de prévention des chutes. La surveillance clinique de la condition de M. [REDACTED] après sa chute est limitée et ne permet pas une évaluation représentative des impacts de la chute. De plus, la famille n'est pas informée de la chute de manière contemporaine.

Le 5 janvier, le médecin en gériatrie redemande qu'un bilan sanguin soit réalisé, ce qui n'aurait pas été fait malgré sa demande du 3 janvier. À cette même date, M. [REDACTED] est installé à son fauteuil avec l'aide d'un membre du personnel sans l'aval des soins infirmiers, malgré une nouvelle fracture à la hanche.

Après la deuxième chirurgie à la hanche le 6 janvier, la condition de M. [REDACTED] continue de se dégrader. Le dossier clinique mentionne un delirium prolongé mixte multifactoriel, une déshydratation, une difficulté à s'alimenter, une hypertension artérielle, une immobilité importante et un déconditionnement très important. La médication est ajustée.

Selon les procédures en place, une évaluation du risque de chute aurait dû être réalisée peu après l'arrivée à l'urgence de M. [REDACTED]. Cette évaluation est réalisée le 18 décembre 2023, soit 5 jours après l'arrivée de M. [REDACTED] à l'urgence. Le document est rempli partiellement et mentionne qu'il s'agit d'un suivi. Pourtant, le dossier clinique obtenu auprès de l'Hôpital Anna-Laberge ne comprend pas d'autre évaluation du risque de chute. Le document conclut à un risque de chute évident, en raison entre autres du delirium, du parkinson, de la prise de différents médicaments et de plusieurs autres facteurs de risque. Un plan thérapeutique infirmier (PTI) est réalisé à cette même date. Le risque de chute y est identifié comme un besoin primaire. Pourtant, aucune mesure concernant la mobilité, la

prévention des chutes ou la physiothérapie n'est mise en place. De plus, le PTI n'est pas mis à jour à la suite de la chute du 4 janvier.

Dans le cadre de mon investigation, la gestion des risques du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, dont fait partie l'Hôpital Anna-Laberge, m'a fait part de recommandations qu'elle a émises dans le cadre de ce dossier :

- S'assurer que tout le personnel soignant, incluant la main d'œuvre indépendante, ait complété les formations de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) suivantes :
 - Prévention des chutes - Centres hospitaliers, hébergement dépendance, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ;
 - Divulgence d'un accident ;
- S'assurer qu'une collaboration interprofessionnelle soit mise en place dès le dépistage d'un risque de chute, incluant, si pertinent, une consultation en physiothérapie ;
- S'assurer que les préposés aux bénéficiaires connaissent et mettent en pratique les principes de la tournée intentionnelle ;
- Rappeler au personnel infirmier de compléter le formulaire Dépistage et évaluation risque de chute, selon les fréquences établies dans la procédure de chute et assurer la pérennité de cette pratique ;
- Rappeler au personnel soignant la contre-indication de mobilisation en préopératoire lorsqu'un usager a une fracture de la hanche ;
- S'assurer que le personnel soignant applique les notions fondamentales de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) ;
- S'assurer que la prise en charge du délirium soit une priorité au sein du comité AAPA ;
- S'assurer que la documentation AAPA soit bien connue du personnel soignant et facilement accessible afin de favoriser son application dans la pratique clinique.

Parmi ces initiatives, la gestion des risques me confirme que seulement les deux dernières recommandations ont été mises en place. L'ensemble des autres recommandations fait actuellement l'objet d'une mise en œuvre par les gestionnaires des unités de soins. Elles ont été adressées à l'unité de chirurgie, où était M. [REDACTED], mais aussi à cinq autres unités où sont susceptibles de se produire des chutes, dont l'unité de gériatrie active/soins palliatifs. Par ailleurs, la gestion des risques me confirme que certaines directions de soins infirmiers ont proposé d'ajouter dans le formulaire des notes infirmières une case à cocher pour mieux documenter les tournées intentionnelles et l'utilisation du système TABS. Pour le moment, ces informations doivent être inscrites manuellement dans les notes. En ce qui concerne M. [REDACTED], la documentation tant des tournées que du TABS est à géométrie variable et ne permet pas de conclure que ces mesures ont été mises en place de manière diligente. Sans en faire une recommandation à proprement dit, j'estime que d'inclure une case à cocher dans les notes infirmières pourrait servir de rappel au personnel de s'assurer que les mesures prévues sont bel et bien mises en place et faciliterait la compréhension de la séquence des événements.

M. [REDACTED] était à risque élevé de chute dès son arrivée à l'hôpital. Non seulement il consulte à la suite d'une chute, mais il présente plusieurs facteurs de risques additionnels, dont un delirium. Pourtant, l'évaluation du risque de chute et la mise en place de mesures concernant la prévention des chutes et la mobilité ne sont pas priorisées dans la trajectoire de soins.

À la lumière de mon investigation et dans le but de mieux protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations. Je reprends certaines des recommandations émises par la gestion des

risques qui sont en lien avec le décès de M. [REDACTED] et qui m'apparaissent être les plus susceptibles d'avoir un d'impact sur la protection de la vie humaine. J'ai discuté de mes recommandations avec la gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Ouest.

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

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des complications médicales apparues après une fracture de la hanche causée par une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, dont fait partie l'Hôpital Anna-Laberge** de :

- [R-1]** S'assurer que tout le personnel soignant, incluant la main d'œuvre indépendante, ait complété les formations pertinentes en matière de prévention des chutes (Centres hospitaliers, hébergement dépendance, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive et Unité transitoire de récupération fonctionnelle) et de divulgation d'accident ;
- [R-2]** Rappeler au personnel infirmier de compléter le formulaire *Dépistage et évaluation risque de chute*, selon les fréquences établies dans la procédure de chute et assurer la pérennité de cette pratique ;
- [R-3]** S'assurer qu'une collaboration interprofessionnelle soit mise en place dès le dépistage d'un risque de chute, incluant, si pertinent, une consultation en physiothérapie ;
- [R-4]** S'assurer que les infirmières et préposés aux bénéficiaires connaissent et mettent en pratique les principes de la tournée intentionnelle et du système TABS et s'assurent de les inclure dans les soins offerts, lorsqu'indiqué.

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 8 octobre 2025.

Me Annie Nadon, coroner