

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2025-02201

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.

M^e Isabelle East-Richard
Coroner

BUREAU DU CORONER

2025-03-12

Date de l'avis

2025-02201

Nº de dossier

IDENTITÉ

Prénom à la naissance

84 ans

Âge

Québec

Municipalité de résidence

Nom à la naissance

Masculin

Sexe

Québec

Province

Canada

Pays

DÉCÈS

2025-03-12

Date du décès

Les Jardins Lebourgneuf

Lieu du décès

Québec

Municipalité du décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] a été identifié visuellement par le personnel de la résidence privée pour aînés où il séjournait temporairement.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Âgé de 84 ans, M. [REDACTED] a chuté le 11 février 2025 alors qu'il s'apprêtait à faire du ski de fond. Il a été transporté à l'Hôpital Saint-François d'Assise où les radiographies effectuées ont permis de constater la présence d'une fracture de la hanche gauche.

Une chirurgie afin d'installer une prothèse totale de la hanche a eu lieu le 13 février 2025. Suivant cette chirurgie, M. [REDACTED] a présenté certaines complications, pour ensuite présenter une évolution favorable. Il a également bénéficié de services en réadaptation et une amélioration de sa mobilité a été constatée. Ainsi, le 4 mars 2025, M. [REDACTED] a été transféré à la résidence privée pour aînés Les Jardins Lebourgneuf afin d'y poursuivre sa convalescence. Ce transfert s'inscrivait dans le cadre d'une entente entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (ci-après le « CIUSSS C-N ») et la résidence.

La convalescence de M. [REDACTED] se déroulait relativement bien jusqu'au 10 mars 2025. À cette date, il a commencé à mentionner ne pas bien se sentir, qu'il avait mal aux poumons et qu'il lui arrivait de cracher du sang.

Le 12 mars 2025, vers 7 h 25, une préposée aux bénéficiaires a constaté que M. [REDACTED] tremblait et présentait des difficultés respiratoires. Celle-ci va solliciter l'aide de l'infirmière auxiliaire. Cette dernière a contacté la coordonnatrice des soins ainsi que l'infirmière de liaison. Lorsque ces dernières sont arrivées à la chambre de M. [REDACTED] vers 7 h 32, elles ont constaté qu'il était inconscient et ont débuté des manœuvres de réanimation. La présence de sang sur le sol à côté du lit de M. [REDACTED] ainsi que dans un mouchoir se trouvant dans la poubelle a été constatée.

Parallèlement aux manœuvres tentées, un appel a été fait au 911. Une fois arrivés sur les lieux à 7 h 40, les ambulanciers n'ont pas pris le relais des manœuvres puisque la résidence leur a présenté le formulaire de non-réanimation cardiorespiratoire signé par M. [REDACTED].

Le décès de M. [REDACTED] a été constaté à distance par un médecin de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence le même jour, à 8 h 15.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été effectué le 13 mars 2025 à la morgue de Québec. Aucune lésion traumatique ou suspecte n'a été observée.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses démontrent la présence dans le sang de substances qui ne sont pas en lien avec le décès.

Enfin, une autopsie virtuelle (tomodensitométrie post-mortem) a été effectuée le 13 mars 2025 à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Elle a permis de constater une importante pneumonie d'aspiration diffuse, dominante au poumon droit, ainsi qu'un épanchement pleural (accumulation de liquide sur les poumons) modéré du côté droit. Selon le radiologue, l'atteinte pulmonaire était sévère et a contribué au décès de M. [REDACTED].

ANALYSE

Après consultation des dossiers cliniques de M. [REDACTED], je retiens, à titre d'antécédents médicaux pertinents, un trouble neurocognitif léger, une maladie pulmonaire obstructive chronique, une fibrose pulmonaire ainsi que de l'emphysème pulmonaire. Avant sa chirurgie, M. [REDACTED] était majoritairement autonome au niveau de ses activités de la vie quotidienne.

Lors de son hospitalisation à l'Hôpital Saint-François d'Assise, M. [REDACTED] a développé un syndrome infectieux pulmonaire. En effet, tel qu'il appert du rapport de la tomodensitométrie effectuée le 14 février 2025, des infiltrations alvéolaires étaient présentes aux bases des deux (2) poumons, avec prédominance à droite. Selon le radiologue, elles découlaient d'une infection ou d'une pneumonie d'aspiration. Un traitement antibiotique d'une durée de cinq (5) jours a alors été administré.

Puis, suivant le décès de M. [REDACTED], une autopsie virtuelle post-mortem a été effectuée et a permis de constater que la condition qui existait en date du 14 février 2025 s'était grandement détériorée au point où l'atteinte pulmonaire était sévère et avait été contributive au décès. Selon le radiologue, celle-ci découlait d'une importante pneumonie d'aspiration.

De plus, selon les dossiers cliniques de M. [REDACTED], il appert que celui-ci présentait, depuis plus d'un an, des anomalies radiologiques observées lors de plusieurs examens d'imagerie, évocatrices d'amiantose, pour lesquelles je n'ai cependant pas retrouvé d'investigation spécifique.

Considérant ce qui précède, il semble que M. [REDACTED] est décédé des complications médicales découlant d'une pneumopathie non caractérisée, probablement surinfectée.

La lecture des notes consignées aux dossiers cliniques de M. [REDACTED] ainsi que la chronologie des événements précédant son décès soulèvent des préoccupations quant à la qualité des soins et services dont il a bénéficié de la part de la résidence.

Le 10 mars 2025, un intervenant du Centre local de services communautaires (CLSC) du CIUSSS C-N, lequel accompagnait M. [REDACTED] depuis plusieurs mois, est allé le visiter à la résidence. Selon cet intervenant, M. [REDACTED] était alerte, mais ce dernier lui a mentionné ne pas avoir mangé et avoir craché du sang à une occasion durant la journée. Il lui a également mentionné être plus essoufflé, avoir davantage de sécrétions et que ses pompes ne lui procuraient plus d'effets significatifs. L'intervenant l'a donc invité à en parler au personnel de la résidence.

Le même jour, vers 20 h 56, M. [REDACTED] a tenu des propos de nature suicidaire et le préposé aux bénéficiaires en a avisé l'infirmière. Selon la note consignée par cette dernière après le décès de M. [REDACTED], elle est allée le voir vers 21 h 30. Il est mentionné qu'une évaluation du risque suicidaire a été faite ainsi qu'une évaluation respiratoire. Il est indiqué que M. [REDACTED] avait une toux grasse, mais qu'aucune expectoration, cyanose ou essoufflement au repos n'a été constaté. Le niveau de saturation en oxygène variait entre 89 % et 92 % (normale entre 95 et 100 %).

Puis, le 11 mars 2025 en après-midi, un proche de M. [REDACTED] lui a rendu visite. Ce dernier lui a mentionné qu'il ne sentait pas bien, qu'il avait mal aux poumons et qu'il avait craché du sang durant la journée. Alors que le proche était à ses côtés, M. [REDACTED] en a informé un préposé de la résidence et a demandé d'être amené à l'hôpital, tout en précisant ne pas vouloir retourner à l'Hôpital Saint-François d'Assise. Selon le proche, le préposé aurait alors répondu que ce n'était pas à lui de décider cela.

La note consignée au dossier de la résidence est plutôt à l'effet que le préposé aurait demandé à M. [REDACTED] s'il voulait aller à l'hôpital, mais que celui-ci aurait refusé. Toujours selon la note, le préposé aurait demandé à M. [REDACTED] de cracher dans un mouchoir à deux (2) reprises, mais aucun sang n'a été constaté. Le préposé aurait également regardé dans la poubelle pour voir s'il y avait du sang dans les mouchoirs s'y trouvant, mais aucune trace de sang. Il mentionne également avoir avisé verbalement le préposé du quart de soir de la situation. Il importe toutefois de mentionner que cette note a été consignée le 13 mars 2025, soit après le décès de M. [REDACTED] et deux (2) jours après les événements qui y sont relatés. Son contenu a également fait l'objet de modification après la consignation initiale. À tout événement, le personnel infirmier n'a pas été avisé de cette situation et aucune démarche n'a été faite pour amener M. [REDACTED] à l'hôpital.

Étant inquiet en raison de la dégradation de l'état général de M. [REDACTED], le proche a communiqué avec l'intervenant social du CIUSSS C-N pour l'en informer, et ce, suivant son départ de la résidence. Le même jour, l'intervenant social a informé l'infirmière du CLSC de la situation, laquelle lui a alors mentionné qu'elle irait voir M. [REDACTED] dans les prochains jours. Toutefois, selon ce qui a été dit à la police et qui m'a été confirmé lors de mes discussions avec le proche, ce dernier ne craignait pas pour la vie de M. [REDACTED] lorsqu'il a quitté la résidence le 11 mars 2025 : non seulement il n'était pas certain de la véracité des propos de M. [REDACTED], mais en plus, il se disait que le personnel de la résidence serait à même d'évaluer adéquatement la situation.

La lecture des autres notes consignées au dossier de la résidence par des préposés aux bénéficiaires permet de constater que l'état de M. [REDACTED] ne s'est pas amélioré. En effet, selon des notes consignées et modifiées après le décès de M. [REDACTED], il est mentionné que le 11 mars 2025, vers 15 h 15, un suivi de la saturation de M. [REDACTED] a été fait après que ce dernier ait mentionné avoir craché du sang. Le niveau de saturation en oxygène était alors de 85 % et a augmenté à 90 % après l'administration, lors du souper, d'un médicament « PRN » (« prendre au besoin ») dont la nature n'a pas été spécifiée dans les notes. La consultation de

la fiche d'administration de médicaments ne permet d'ailleurs pas de savoir de quel médicament il s'agit. Toujours selon les notes consignées tardivement, le préposé mentionne avoir avisé l'infirmière de la situation et lui avoir demandé d'aller voir M. [REDACTED]. Or, il appert des notes qu'aucune visite ou intervention de la part de celle-ci n'a été effectuée.

Selon une note consignée le 11 mars 2025 vers 21 h 05, M. [REDACTED] a, encore une fois, mentionné au préposé ne pas bien se sentir. Outre la consignation de cette note, aucune démarche ne semble avoir été effectuée de la part du préposé. Par la suite, il appert de la note consignée vers 0 h 23 le 12 mars 2025 que M. [REDACTED] était mûlé, qu'il disait avoir chaud et vouloir ses pompes. Il est noté que l'infirmière a été avisée, mais aucune visite ou intervention de la part de celle-ci n'a été consigné au dossier.

Enfin, il appert qu'un suivi d'élimination aurait été fait par un préposé à 6 h 45 le 12 mars 2025, soit 35 minutes avant la découverte de M. [REDACTED] en difficultés respiratoires. À l'exception de la mention à l'effet qu'il n'y avait aucune selle, aucune autre information n'a été consignée. Devons-nous comprendre que M. [REDACTED] se portait bien ? Règle générale, ce suivi doit être complété après une visite au chevet du patient et l'absence de notes quant à son état devrait normalement signifier qu'il se portait bien.

Toutefois, la suite des événements démontre que M. [REDACTED] va décéder moins de 45 minutes plus tard des suites d'une pneumopathie non caractérisée, probablement surinfectée.

Mesures en place et recommandations

La prise en charge et la tenue de dossiers de la résidence Les Jardins Lebourgneuf

À la lumière de ce qui précède, je suis préoccupée par la prise en charge de M. [REDACTED] à la résidence Les Jardins Lebourgneuf relativement à l'état clinique qu'il présentait dans les jours et heures précédant son décès. En effet, il ressort des notes de son dossier que le personnel infirmier a été avisé à quelques occasions de l'état de M. [REDACTED], mais aucune visite ou intervention ne semble avoir été effectuée. De plus, aucune référence vers un centre hospitalier n'a été effectuée, et ce, malgré la présence de signes cliniques préoccupants, la demande de M. [REDACTED] à cet effet ainsi que le niveau de soins B (prolonger la vie par des soins limités) dont il bénéficiait.

La tenue de dossier est également préoccupante en ce sens que plusieurs notes évolutives quant à l'état clinique de M. [REDACTED] les 10 et 11 mars 2025 ont été rédigées tardivement, voire après son décès. Cela a pu nuire à la prestation de soins continus et adéquats à laquelle M. [REDACTED] avait droit, et par le fait même, contribuer à la dégradation rapide de son état. Il importe d'ailleurs de souligner que ce n'est pas la première fois que des préoccupations au niveau de la documentation clinique du personnel de la résidence sont soulevées par un coroner dans le cadre d'investigations et font l'objet de recommandations¹.

D'emblée, il importe de préciser que la présente investigation n'a pas pour objet de remettre en cause la compétence des employés impliqués ni même d'établir une quelconque responsabilité civile ou criminelle. L'objectif est plutôt d'améliorer les pratiques dans une perspective de prévention et de protection de la vie humaine. Ainsi, dans ce contexte, je me suis intéressée aux mesures mises en place afin de prévenir une situation similaire.

¹ Voir les rapports d'investigation portant les numéros 2024-05173 ([Détail](#)) et 2025-00823 ([Détail](#)).

Je me suis donc entretenue avec la directrice des soins ainsi que la conseillère à la qualité et aux opérations de la résidence. Suivant le décès de M. [REDACTED], il appert qu'une analyse de la situation a été effectuée par la direction des soins, laquelle est arrivée à des constats similaires quant à la prise en charge clinique et la tenue de dossier. À ce sujet, outre les mesures disciplinaires prises à l'égard de certains employés, la directrice des soins m'a confirmé que les mesures suivantes avaient été mises en place :

- Une formation interne portant sur les pratiques de travail attendues ainsi que les procédures devant être respectées a été offerte à tous les employés. Plus particulièrement, cette formation portait sur les volets suivants :
 - L'importance de respecter les trajectoires de communication établies afin que toute information mentionnée par un préposé aux bénéficiaires entraîne une prise en charge par l'infirmière auxiliaire ;
 - La tenue de dossier, dont l'importance d'indiquer la date et l'heure exacte, une description complète des soins effectués et des décisions prises ;
 - L'importance de respecter leur route de travail² et de cocher, en temps réel, les étapes qui y sont prévues, et ce, afin de s'assurer que chacune des étapes de soins a été dispensée.
- Des rappels ont été faits au personnel concernant leurs rôles, leurs responsabilités et leur imputabilité ;
- Des audits des routes de travail ainsi que des rapports interservices journaliers³ sont réalisés en continu afin de s'assurer de la qualité des pratiques de l'ensemble du personnel (préposés aux bénéficiaires, infirmiers(ères) auxiliaires et infirmiers(ères)).

Considérant les mesures mises en place afin d'améliorer la qualité des soins ainsi que les recommandations récemment effectuées à l'intention de la résidence quant à la tenue de dossiers⁴, aucune recommandation ne lui sera formulée.

Transmission d'informations cliniques à la résidence par le CIUSSS C-N

Dans le cadre de la présente investigation, je me suis également intéressée à la transmission d'informations cliniques lors du transfert de M. [REDACTED] à la résidence, et ce, afin de vérifier si elle avait été informée du syndrome infectieux pulmonaire qu'il avait présenté durant son hospitalisation.

En effet, conformément au cadre légal et réglementaire applicable⁵, un sommaire des données pertinentes du dossier de l'usager doit être transmis à l'établissement où il sera transféré. Suivant les discussions que j'ai eues avec les gestionnaires des directions concernées du CIUSSS C-N, il appert que cette transmission se fait principalement par le biais du formulaire d'identification des besoins de l'usager (FIBU). Ce formulaire comprend notamment la raison de la demande de séjour, les diagnostics, les antécédents médicaux ainsi qu'une description des besoins de la personne ainsi transférée. Il est généralement complété par les intervenants-

² Document comprenant la liste des tâches à accomplir dans un ordre précis pendant un quart de travail.

³ Document de communication entre les équipes des différents quart de travail et les services de soins. Il permet de faire le point sur la situation d'un résident en synthétisant les informations pertinentes.

⁴ Voir note 1.

⁵ Voir notamment l'article 60 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5).

pivots du CIUSSS C-N se trouvant à l'Hôpital Saint-François d'Assise, lesquels sont des techniciens en travail social.

Dans le cas qui nous intéresse, la résidence a reçu un FIBU ainsi qu'un « extrait » du dossier clinique de l'hôpital, comprenant notamment les notes médicales relatives au syndrome infectieux pulmonaire. Toutefois, cet extrait comporte 95 pages. Il est donc irréaliste de penser que le personnel infirmier d'une résidence privée pour aînés va pouvoir en prendre connaissance dans son entièreté. C'est justement afin de synthétiser l'information contenue au dossier d'un usager et d'attirer l'attention de la résidence sur les informations pertinentes que le FIBU est complété. Or, le FIBU remis à la résidence ne comprenait aucune mention quant au syndrome infectieux pulmonaire qu'a présenté M. [REDACTED] durant son hospitalisation. Sans prétendre que cette mention, dans le FIBU, aurait permis d'éviter son décès, elle aurait peut-être pu inciter le personnel de la résidence à être plus vigilant quant aux symptômes qu'il présentait dans les jours précédents.

Après discussion avec les gestionnaires du CIUSSS C-N, il appert que le FIBU relatif à M. [REDACTED] a été complété par le technicien en travail social du CLSC avec la collaboration de l'intervenant-pivot de l'hôpital, lequel est également, comme mentionné ci-haut, un technicien en travail social. L'ensemble des notes médicales était en leur possession, y incluant celles portant sur le syndrome infectieux pulmonaire qu'a développé M. [REDACTED] durant son hospitalisation. Dans ces circonstances, je me suis intéressée à savoir pour quelles raisons le syndrome infectieux pulmonaire n'était pas indiqué dans le FIBU, d'autant plus que la feuille sommaire d'hospitalisation en faisait état. À titre informatif, la feuille sommaire d'hospitalisation comprend les principaux événements qui ont marqué l'hospitalisation et qui sont jugés pertinents par le médecin, et ce, dans le but notamment d'assurer un suivi adéquat de l'usager⁶.

Selon les informations obtenues de la part du conseiller cadre à la gestion des risques du CIUSSS C-N, seules les informations relatives aux besoins toujours actifs lors du départ de l'usager vers le milieu de convalescence sont indiquées dans le FIBU. En effet, le parcours hospitalier pouvant parfois être long et comprendre la survenance de maintes complications, il ne serait pas approprié de faire état de tous les problèmes de santé documentés, mais résolus. Dans le cas spécifique de M. [REDACTED], le syndrome infectieux pulmonaire semblait résolu depuis trois (3) semaines et le médecin n'avait prescrit aucun suivi clinique ni surveillance spécifique à ce sujet.

Considérant que les informations contenues dans le dossier d'un centre hospitalier sont majoritairement de nature médicale, je me suis questionnée quant à la pertinence qu'un(e) infirmier(ère) collabore à la confection du FIBU. En effet, ne serait-ce que pour les sections relatives à l'histoire de l'hospitalisation, les diagnostics et les antécédents médicaux, l'apport des infirmiers(ères) pourrait certainement permettre de repérer plus aisément, dans le dossier clinique du centre hospitalier, les informations médicales pertinentes devant être portées à l'attention d'une résidence et donc, mentionnées expressément dans le FIBU. Toutefois, suivant mes échanges avec le conseiller cadre à la gestion des risques du CIUSSS C-N, il semblerait que la mise en place de cette collaboration de la part d'un(e) infirmier(ère) n'est pas réalisable en l'absence de besoins toujours actifs nécessitant d'effectuer un suivi auprès de l'usager à sa sortie de l'hôpital. À tout événement, la transmission d'un « extrait » de 95 pages du dossier clinique n'est certainement pas optimale.

⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS, *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – Guide d'exercice du Collège des médecins*, mars 2022, p. 10, en ligne : [La tenue des dossiers en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés](http://www.mdecins.qc.ca/documents/la-tenue-des-dossiers-par-le-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf).

Considérant tout ce qui précède, il serait pertinent, à mon avis, qu'une révision soit effectuée quant à la trajectoire de communication entre tous les différents interlocuteurs du CIUSSS C-N impliqués lors du transfert d'un usager vers un milieu de convalescence, et ce, afin de s'assurer que ce milieu reçoive, de manière claire et précise, toute l'information pertinente concernant l'état de l'usager confié. Une recommandation sera donc formulée en ce sens à l'intention du CIUSSS C-N [R-1], laquelle a été discutée préalablement avec un représentant de l'établissement.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des complications médicales découlant d'une pneumopathie non caractérisée, probablement surinfectée.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale** :

- [R-1] Révise la trajectoire de communication entre le personnel de liaison, du mécanisme d'accès aux lits et du soutien à domicile lors du transfert d'un usager d'un centre hospitalier vers un milieu de convalescence afin de s'assurer que ce milieu soit informé, de manière claire et précise, de toute information pertinente quant à l'état de l'usager confié.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information, dont notamment les suivantes :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les rapports d'expertises (examen externe, rapport d'analyse toxicologique et rapport d'autopsie virtuelle) ;
- Le rapport d'intervention policière du Service de police de la Ville de Québec.

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 Lévis, ce 5 décembre 2025.

Me Isabelle East-Richard, coroner