

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-01727

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 Jean-François Bertrand
Coroner

BUREAU DU CORONER 2024-03-01 <small>Date de l'avis</small>			2024-01727 <small>N° de dossier</small>		
IDENTITÉ <div> <div> <div>██████████</div> <div>Prénom à la naissance</div> <div>79 ans</div> <div>Âge</div> <div>Lévis</div> <div>Municipalité de résidence</div> </div> <div> <div>██████████</div> <div>Nom à la naissance</div> <div>Féminin</div> <div>Sexe</div> <div>Québec</div> <div>Province</div> <div>Canada</div> <div>Pays</div> </div> </div>					
DÉCÈS <div> <div> <div>2024-03-01</div> <div>Date du décès</div> <div>Résidence Saint-Antoine (Domicile)</div> <div>Lieu du décès</div> </div> <div> <div>Lévis</div> <div>Municipalité du décès</div> </div> </div>					

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████ a été identifiée visuellement par le personnel médical de la Résidence Saint-Antoine, lieu de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme ██████ a été admise à la Résidence Saint-Antoine, qui est une résidence privée pour aînés (RPA), quelques mois précédant son décès. Elle y a été admise dans la section « ressource intermédiaire » (RI) suivant une entente avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA).

Selon le rapport d'enquête du Service de police de la Ville de Lévis (SPVL), le 29 février 2024 vers 23 h 42, Mme ██████ est raccompagnée à sa chambre par un préposé aux bénéficiaires de la RPA alors qu'elle errait dans le corridor.

À 23 h 52, les caméras de la RPA captent Mme ██████ – alors qu'elle quitte à nouveau sa chambre – et elle se dirige alors en direction d'un corridor donnant accès au balcon de son unité qui est situé au 2^e étage. Elle ne porte pas de chaussure et elle a une couverture sur les épaules.

Le 1^{er} mars vers 5 h 20, le proposé aux bénéficiaires s'aperçoit que Mme ██████ n'est pas à sa chambre et il se met aussitôt à sa recherche.

Quelques minutes plus tard, il trouve Mme ██████, inerte et en arrêt cardio-respiratoire, sur le balcon extérieur de la RPA. Il y avait présence de sang près de sa tête et elle était couchée sur côté.

Il la soulève, la transporte à l'intérieur de la RPA, appelle une collègue afin d'obtenir de l'assistance et débute les manœuvres de réanimation.

À 5 h 25, sa collègue communique avec le 911 afin d'obtenir l'assistance des services d'urgence.

À 5 h 36, lors de l'arrivée des policiers sur les lieux, Mme ██████ est dans le corridor près de la porte menant au balcon extérieur.

Les policiers constatent la présence de sang au niveau du visage de Mme [REDACTED], au sol ainsi que sur le balcon extérieur dans la neige.

De plus, ils peuvent percevoir l'empreinte de la tête de Mme [REDACTED] dans la neige sur le balcon extérieur.

Ils notent également que la porte menant au balcon extérieur est débarrée.

À 5 h 37, les techniciens ambulanciers paramédics et les premiers répondants arrivent sur les lieux, prennent le relais en poursuivant les manœuvres de réanimation entamées et transportent Mme [REDACTED] à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Malgré les efforts de réanimation déployés, Mme [REDACTED] demeure en arrêt cardio-respiratoire et les manœuvres de réanimation sont cessées. Son décès est constaté par le personnel médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis à 6 h 25.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie est pratiquée le 4 mars 2024 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal et permet de constater notamment la présence d'engelures au côté droit du visage, sur les membres supérieurs (mains et avant-bras), aux genoux et sur le dos des pieds. Par ailleurs, le pathologiste ne trouve aucune autre lésion traumatique ou anatomique préexistante pouvant expliquer le décès ou y ayant contribué. Il note notamment aucun indice de l'intervention d'une tierce personne.

Des prélèvements effectués lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses démontrent la présence dans le sang d'acétaminophène en concentration thérapeutique. L'éthanol (l'alcool) sanguin est non détecté.

ANALYSE

Les antécédents médicaux pertinents ou en lien avec le décès de Mme [REDACTED] se résument à des troubles neurocognitifs majeurs, une chirurgie du cerveau en 2024, un anévrisme aortique et à de la basse tension artérielle.

L'autopsie pratiquée le 4 mars 2024 a permis de confirmer l'absence de lésion traumatique pouvant expliquer le décès, l'absence d'évidence de l'intervention d'un tiers, l'absence de lésion anatomique préexistante ainsi que l'absence de médicament ou de substances d'abus en concentration toxique ou létale dans le sang de Mme [REDACTED].

Cela dit, je conclus donc que Mme [REDACTED] est décédée des suites d'une hypothermie environnementale.

La présente investigation a permis de mettre en lumière la séquence des événements et de mieux comprendre ce qui a mené au décès de Mme [REDACTED].

Tout d'abord, le 29 février 2024 vers 23 h 42, le préposé aux bénéficiaires attitré à l'unité de Mme [REDACTED] l'a retrouvée dans le corridor alors qu'elle était adossée sur la porte donnant accès au balcon.

À ce moment, il s'est aperçu que la porte n'était pas verrouillée considérant qu'elle s'était entre-ouverte avec le poids de Mme [REDACTED].

Il a alors reconduit Mme [REDACTED] à sa chambre tout en notant qu'elle était confuse et qu'elle ne lui répondait pas.

Par la suite, il a tenté de chercher la clef afin de verrouiller la porte, mais ne l'a pas trouvée.

Il n'a pas dénoncé la situation à son supérieur et n'a pas fait de démarches supplémentaires.

Tel que précité, à 23 h 52, une caméra de surveillance a permis de constater que Mme [REDACTED] est de nouveau sortie de sa chambre et s'est dirigée dans le corridor permettant d'atteindre le balcon extérieur.

Il importe de préciser que les télévisions permettant de visionner les images des caméras ainsi que certaines caméras qui auraient pu permettre de voir Mme [REDACTED] ne fonctionnaient pas depuis plusieurs semaines.

De plus, malgré le fait que les caméras ne filmaient pas en continu, mais seulement lorsqu'il y avait du mouvement, aucune alarme ne prévenait le personnel de la RPA lorsque les caméras s'activaient suivant un mouvement, pas plus qu'il n'était prévenu lorsque les résidents, tant dans la section RI que dans la section RPA, quittaient leur chambre.

Il apparaît clairement que le décès de Mme [REDACTED] aurait pu être évité si les caméras de sécurité de la RPA avaient été surveillées et si la porte donnant accès au balcon avait été équipée d'un dispositif permettant d'alerter rapidement le personnel lors de son ouverture.

L'accès au balcon extérieur

La porte menant au balcon extérieur se devait d'être barrée, du moins, pendant la nuit.

Cependant, il appert que le 23 février 2024, une employée de la RPA avait demandé à ce que la porte soit débarrée dans le but de ramasser les guirlandes de Noël situées sur le balcon extérieur.

Or, elle n'a finalement pas eu le temps d'accomplir cette tâche et elle n'a pas pensé à demander qu'elle soit verrouillée à la fin de la journée ni dans les jours qui ont suivis.

Il faut noter que la porte menant au balcon extérieur ne se barrait pas automatiquement de sorte qu'on peut penser que Mme [REDACTED] aurait peut-être pu revenir à l'intérieur si elle avait été en mesure de le faire.

La surveillance

L'investigation a permis de mettre en lumière que le préposé aux bénéficiaires ayant ramené Mme [REDACTED] à sa chambre le 29 février 2024 vers 23 h 42 n'est jamais retourné la voir à sa chambre avant le 1^{er} mars vers 5 h.

Dans le cas présent, le préposé a précisé qu'il n'avait pas suivi de formation spécifique et qu'il ne savait pas comment compléter les rapports d'incidents ou d'accident, ni comment consulter les dossiers des résidents. Il a également ajouté ne pas connaître les procédures de nuit ni la fréquence requise des tournées des chambres des résidents.

À cet égard, selon les normes en vigueur à ce moment à la RPA, les préposés doivent effectués leurs tournées des chambres à toutes les heures.

Quant au système de surveillance par caméra, il est manifeste que ce dernier n'était pas fonctionnel ni à point, surtout dans un contexte d'une RPA avec une section RI accueillant des résidents avec des troubles neurocognitifs sévères et des comportements d'errance tout comme Mme [REDACTED].

Mesures et recommandations

Afin d'obtenir des réponses quant aux manquements précités, j'ai interpellé le CISSS-CA, plus précisément la *Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et de la gestion de l'information* afin de connaître les conclusions de leur processus d'analyse suivant ces événements puisque les résidents RI comme Mme [REDACTED] demeurent sous leur responsabilité.

À cet égard, les pistes de solutions alors identifiées se résument à :

- Améliorer la sécurité des balcons.
- S'assurer que les tournées de nuit soient effectuées.

Suivant ces conclusions, j'ai communiqué avec la direction de la RPA afin de connaître l'état d'avancement des démarches entreprises ou les mesures mises en place depuis les événements.

Pour ce faire, j'ai posé 4 questions pour lesquelles j'ai obtenu les réponses suivantes, le tout intégralement reproduit ici-bas :

1 Gestion des accès aux balcons;

Les balcons sont ouverts de mai à octobre en fonction du climat. À partir de mai, ils sont ouverts de 9h à 21 h. Les clefs sont gérées par les responsables d'étages qui signent un registre d'ouverture et de fermeture des balcons. De novembre à mai, les balcons sont fermés et les clefs retirées aux responsables. Seules 2 personnes dans la résidence gardent les clefs, la directrice-adjointe et le responsable de maintenance.

2. Normes, respect et formation des préposés aux bénéficiaires eu égard aux tournées de nuit;

Tous les personnels de nuit sont rencontrés chaque semaine, des audits des tournées de nuit sont effectués, des visites surprises sont opérées par la directrice des soins, le personnel a été renouvelé, des tournées visuelles sont obligatoires aux 2 heures et ajoutées au plan de travail. Des cahiers de probation et des règles supplémentaires à l'embauche ont été institués afin de mieux recruter et mieux encadrer le personnel.

3. Système de caméras et des télévisions qui n'étaient pas fonctionnelles lors de l'évènement;

Il reste quelques caméras défaillantes mais nous sommes en train de réfléchir à un nouveau système de caméras pour pallier ce manque. Nous devrions avoir une évolution prochaine dans ce dossier.

4. Alarme lorsqu'un usager ouvre une porte de balcon;

Des détecteurs de mouvements ont été mis en place, donnant lieu à une sonnerie dès qu'un résident ouvre la porte ou la referme, entre mai et octobre. La sonnerie est entendue au poste de garde et est retentissante.

Quant aux questions 1 (Gestion des accès aux balcons), 3 (Système de caméras et des télévisions qui n'étaient pas fonctionnelles lors de l'évènement) et 4 (Alarme lorsqu'un usager

ouvre une porte de balcon) quoique des mesures ont manifestement été mises en place depuis les événements, des questions demeurent :

- Quelle est la procédure de suivi lorsqu'une demande de débarrer la porte est faite?
- Dans quel délai le nouveau système de surveillance par caméra sera installé et fonctionnel?
- Pourquoi l'alarme prévenant l'ouverture d'une porte menant au balcon n'est-elle pas fonctionnelle en tout temps?

Or, le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* - en vigueur depuis le 15 juillet 2025 - exige l'installation d'un dispositif de sécurité à chaque porte d'évacuation permettant d'alerter rapidement le personnel, dont la personne responsable de la surveillance.

De plus, il exige également la mise en place d'une procédure d'intervention claire précisant les actions à entreprendre en cas de déclenchement d'une alerte.

Ce faisant, il est primordial de sensibiliser les RPA et ses partenaires à l'importance de respecter ces exigences afin de préserver la vie.

Toutefois, le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* (Règlement) précité – qui n'était pas en vigueur au moment du décès de Mme [REDACTED] - ne vise pas les RI et Mme [REDACTED] était admise dans la section RI de la résidence Ainsi, cette incohérence dans l'application du règlement soulève des questions importantes :

- Pourquoi les usagers des RI n'ont-ils pas droit au même standard en matière de sécurité que ceux des RPA ?
- Pourquoi un établissement mixte - comme la présente RPA - qui offre des unités privées en plus des unités en RI n'est pas assujettis au Règlement pour toutes ses unités?

En somme, le Règlement vise à assurer et à standardiser le seuil minimal de sécurité aux usagers mais seulement pour ceux des RPA.

Des usagers présentant des problématiques de troubles neurocognitifs se retrouvent autant dans des RPA que des RI et de ce fait, doivent pouvoir bénéficier des mêmes services et des mêmes standards de sécurité permettant de protéger la vie humaine.

Il est manifeste que le décès de Mme [REDACTED] aurait pu être évité.

À ce titre, afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations dont j'ai eu l'occasion de discuter avec la RPA concernée et le CISSS-CA.

Copie du rapport

Une copie du présent rapport sera transmise au Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) afin qu'il sensibilise ses membres et ses partenaires à l'importance d'assurer la sécurité des résidents en respectant les exigences réglementaires précitées et en vigueur depuis le 15 juillet 2025.

De plus, suivant mes commentaires concernant l'incohérence de l'assujettissement réglementaire entre les RPA et les RI, une copie du présent rapport sera transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des suites d'une hypothermie environnementale.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA)** :

[R-1] Rappelle aux responsables des ressources intermédiaires sous son autorité l'importance du verrouillage et du contrôle adéquat de toutes les portes permettant l'évacuation dans les immeubles visés pour la sécurité de ses résidents.

Je recommande que la **Résidence Saint-Antoine** :

[R-2] Installe sans délai des dispositifs de sécurité aux portes d'évacuation afin d'alerter le personnel responsable de la surveillance de leur ouverture et mettre en place une procédure d'intervention claire en cas de déclenchement d'une alerte;

[R-3] Assure une surveillance en continue des caméras de sécurité de la résidence et des alertes déclenchées afin d'intervenir en temps opportun.

Je soussigné, 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 Québec, ce 6 janvier 2023.

Me Jean-François Bertrand, coroner