

BUREAU DU CORONER	
2023-07-27 Date de l'avis	2023-05560 N° de dossier
IDENTITÉ	
Léo Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
91 ans Âge	Masculin Sexe
Lac-Etchemin Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-07-27 Date du décès	Lac-Etchemin Municipalité du décès
CHSLD de Lac-Etchemin Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Léo ██████████ a été identifié visuellement, au Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Lac-Etchemin.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 27 juillet 2023 vers 15 h 25 un préposé aux bénéficiaires de l'établissement où vit M. Léo ██████████ voit celui-ci tentant d'uriner dans un urinoir en position debout. Il aperçoit M. ██████████ perdre l'équilibre vers l'arrière, chuter au sol et il y a un impact à la tête. Aucune blessure apparente n'a été remarquée et le patient a été stabilisé au lit. Les suites immédiates ont été favorables.

Vers 18 h, M. ██████████ était assis sur le rebord de son lit. Il souffrait de nausées. Il a parlé à une préposée puis il y a eu perte de tonus et une respiration agonale. 20 minutes plus tard, il y a eu perte des signes vitaux.

Le constat de décès a été fait à 18 h 25.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 28 juillet 2023 à 7 h à l'hôpital de Saint-Georges par le coroner. Aucune lésion contributive au décès n'a été observée.

Une autopsie virtuelle a été faite le 28 juillet 2023 à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis. Dans son rapport, le radiologiste a décrit des signes d'insuffisance cardiaque terminale, mais aucun traumatisme crânien significatif ni aucune autre lésion contributive au décès.

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. Léo ██████████ sont bien documentées dans son dossier médical du CHSLD de Lac-Etchemin, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

ANALYSE

M. Léo [REDACTED] est transféré au CHSLD de Lac-Etchemin en soins palliatifs d'une insuffisance cardiaque terminale. À ce titre, la médication courante a été diminuée ou cessée, et ce au strict minimum en accord avec le niveau de soins. Seuls les soins de base orientés vers le confort ont été mis en place. Il était décrit à risque de chute selon l'ergothérapeute de l'établissement et nécessitait l'aide d'un(e) ou de deux préposés (es) pour ses transferts. On reconnaissait aussi que sa condition était appelée à se détériorer rapidement. Alors, d'autres approches étaient déterminées pour ses transferts.

Vingt-quatre heures avant son décès, M. [REDACTED] a fait deux chutes. La première est consécutive au fait que le dispositif de surveillance au lit n'avait pas été armé. Heureusement, cette chute a été sans grande conséquence. La deuxième chute s'est produite alors que le patient était debout en train de tenter d'uriner dans un urinoir. Il avait une rétention urinaire importante (> 400 mL) et l'on était incapable de lui mettre une sonde. Cette condition devait être inconfortable.

Malgré un risque de chute documenté au dossier, il n'a pas eu d'assistance lors de la miction en position debout. Il en a résulté une chute au sol avec un impact crânien.

La radiographie spécialisée (autopsie virtuelle) a exclu un traumatisme crânien contributif au décès. Cependant, à peine deux heures après la chute le patient a présenté une perte rapide de ses signes vitaux.

La deuxième chute fut très traumatisante et a sans doute accéléré la perte de ses capacités vitales. Elle était évitable dans la mesure où M. [REDACTED] aurait dû avoir une assistance alors qu'il se tenait debout tenant lui-même l'urinoir dans un effort important pour se soulager.

Il est de la responsabilité du Centre d'hébergement de soins de longue durée de Lac-Etchemin d'assurer la sécurité de ses résidents. M. [REDACTED] était en fin de trajectoire de son insuffisance cardiaque et à ce titre il était fragilisé d'une façon importante. On avait identifié dès son admission un risque de chute important. La première chute est la conséquence du fait de ne pas avoir armé le dispositif électronique de détection de mouvements lorsqu'un client veut se lever de son lit/fauteuil sans demander assistance. Cette chute était donc évitable. La deuxième a possiblement accéléré la survenue du décès.

J'ai eu plusieurs échanges avec les membres du comité d'évaluations des risques du Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches (Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services (DQEPE)) pour ce dossier ainsi que celui de Mme Thérèse Morin (2023-03746) qui présente des similitudes. J'ai constaté l'absence apparente de la tenue de dossier; l'absence de monitoring des dispositifs électroniques utilisés. Ces points sont actuellement soumis à la *Communauté de pratique*, sous comité terrain de praticiens-praticiennes engagés dans l'amélioration des pratiques et relevant de la direction des soins infirmiers. Pour m'assurer du suivi de ce dossier, j'en fais une recommandation.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des conséquences d'une insuffisance cardiaque terminale elle-même accélérée par une chute accidentelle évitable.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATION

Je recommande que le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Chaudière Appalaches révise la tenue de dossier et le monitoring des dispositifs électroniques de surveillances au CHSLD de Lac-Échemin via la Communauté de pratique relevant de la Direction des soins infirmiers de cet établissement.

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 Saint-Georges, ce 10 avril 2024.



Dr Pierre Guilmette, coroner