

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2022-07031

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

Me Pascale Boulay

BUREAU DU CORONER	
2022-09-24 Date de l'avis	2022-07031 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
56 ans Âge	Masculin Sexe
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2022-09-24 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès
Hôpital de Gatineau Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un proche à l'Hôpital de Gatineau au moment de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 24 septembre 2022, M. ██████████ décède des suites d'un traumatisme cérébral sévère secondaire à une chute de son lit durant son hospitalisation à l'Hôpital de Gatineau. Le décès est constaté à 14 h 45.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. ██████████ sont bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital de Gatineau, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

ANALYSE

M. ██████████ est âgé de 56 ans. Son dossier médical révèle plusieurs problèmes de santé dont une encéphalopathie hépatique laquelle mène à une détérioration de la fonction cérébrale et neuromotrice et pour laquelle il présente des signes manifestes de confusion mentale et de désorientation.

Le 18 septembre, il est admis en soirée à l'Hôpital de Gatineau lors d'une réadmission volontaire car il démontre notamment des signes de confusion.

Le plan de soins infirmier précise qu'il est sujet à faire des chutes. De plus, en date du 22 septembre 2022, il est indiqué qu'il fait l'objet d'une surveillance constante.

Le 23 septembre vers 19 h 30, M. ██████████ fait une chute avec impact crânien. Les circonstances de cette chute ne sont pas précisées dans le dossier fourni. De lui-même, il marche au poste des infirmières pour aviser le personnel de sa chute. Les signes neurologiques n'indiquent rien de particulier à ce moment.

À 4 h 30, dans la nuit du 23 au 24 septembre, il est trouvé inconscient au sol après avoir chuté une seconde fois, de son lit selon l'information inscrite au dossier.

Les résultats de la tomodensitométrie cérébrale réalisée en urgence à la suite de la chute permettent d'établir la présence d'une hémorragie sous-durale extensive massive avec une déviation importante de la ligne médiane et une herniation (engagement) laquelle correspond à une augmentation de la pression intracrânienne à la suite d'une protrusion (hernie) du tissu cérébral au travers de la boîte intracrânienne.

À la suite d'une consultation en neurochirurgie, l'option d'une intervention chirurgicale n'est pas retenue puisque M. [REDACTED] manifeste des signes de mort cérébrale depuis sa seconde chute présentant un Glasgow de 3¹. La famille est avisée et il est placé en soins de confort jusqu'à son décès.

La présence importante d'un hématome sous-dural mène souvent à une détérioration neurologique aiguë. Toutefois, ce qui me préoccupe dans ce dossier est le fait que par deux fois, M. [REDACTED] a fait une chute avec impact crânien dont l'une s'est avérée fatale alors qu'il est admis pour une condition clinique pour laquelle il présente des signes de confusion et de désorientation évidents et majeurs et que pour cette raison, le médecin a prescrit une surveillance constante selon les informations contenues dans le plan de soins infirmiers.

J'ai noté qu'il n'y a aucune indication dans le dossier fourni que la surveillance constante prescrite aurait été retirée par le médecin. Or, comment a-t-il pu chuter par deux fois s'il faisait l'objet d'une surveillance constante ?

L'article 4 de la *Loi sur les coroners* interdit au coroner de se prononcer, au terme de son investigation, sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la compétence des personnes impliquées dans le traitement d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organisations ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres. Je dispose toutefois d'une autorité en vertu de la *Loi sur les coroners* pour formuler des recommandations si opportunes.

Deux chutes avec impact crânien dans un contexte d'hospitalisation dont une s'est avérée fatale soulèvent de sérieuses questions sur l'application par le personnel hospitalier sur le plancher des pratiques de surveillance constante lorsque celle-ci est prescrite par un médecin. J'ai communiqué avec la Direction de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. On m'a informée que les chutes avaient fait l'objet d'une évaluation et qu'un plan d'amélioration a été mis en place. Toutefois, on m'a également informée que ledit plan n'avait pas traité de l'enjeu du non-respect de la surveillance constante prescrite par le médecin et qu'il n'était pas spécifique et objectivable. Par conséquent, le plan d'amélioration ne permet pas de comprendre réellement les circonstances des chutes de M. [REDACTED]

Au regard de ce qui précède, à la suite de l'étude des causes et des circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] je formulerai des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine, à la fin du présent rapport car il m'apparaît important d'encadrer la problématique initiale soit le non-respect de la prescription médicale du moins en apparence par le personnel hospitalier notamment sur le plan du suivi et de revoir en profondeur les circonstances des chutes de M. [REDACTED] pour être en mesure d'y apporter les mesures correctives appropriées.

¹ L'échelle de Glasgow est un indicateur de l'état de conscience qui s'évalue sur trois critères : ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice. Elle s'échelonne de 3 (coma profond) à 15 (parfaite conscience).

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une hémorragie cérébrale secondaire à un traumatisme craniocérébral sévère à la suite d'une chute de son lit.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais duquel relève l'Hôpital de Gatineau de :

- [R-1] Revoir les circonstances entourant les chutes survenues le 23 et le 24 septembre 2022 de la personne décédée et d'y apporter les mesures correctrices appropriées, s'il y a lieu;
- [R-2] S'assurer que des directives claires soient bien transmises à tout le personnel hospitalier concerné lorsqu'une surveillance constante d'un patient est indiquée au dossier;
- [R-3] S'assurer que des notes d'évolution et de suivi soient inscrites à son dossier par le personnel hospitalier exerçant la surveillance pour constater le suivi du patient et monitorer la surveillance;
- [R-4] Documenter le dossier médical du patient lorsqu'une ordonnance médicale de surveillance constante est retirée par un médecin.

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 Gatineau, ce 2 juin 2024.

Me Pascale Boulay

Me Pascale Boulay, coroner