

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2023-06914

Le présent document constitue une version dénominalisée 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 Marc Boudreau

<b>BUREAU DU CORONER</b>	
2023-09-17 Date de l'avis	2023-06914 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
84 ans Âge	Masculin Sexe
L'Épiphanie Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>	
2023-09-17 Date du décès	Terrebonne Municipalité du décès
Hôpital Pierre-Le Gardeur Lieu du décès	

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ ██████████ est identifié visuellement par un proche sur les lieux de son décès.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 12 septembre 2023, vers 0 h 10, des préposés aux bénéficiaires de la Résidence Marie-Rose, la ressource intermédiaire où habite M. ██████████ retrouvent celui-ci inconscient dans son lit alors qu'il a de l'écume à la bouche. Les préposés aux bénéficiaires font alors appel aux services ambulanciers afin que M. ██████████ soit transporté à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur en vue d'y être pris en charge par le personnel médical de l'établissement. Les examens auxquels est ensuite soumis M. ██████████ démontrent qu'il souffre alors d'un saignement intracrânien important. Devant un pronostic particulièrement sombre, il est décidé de ne pas l'opérer et de lui octroyer des soins de confort. Sa condition se dégrade rapidement par la suite et il décède le 17 septembre suivant, son décès étant constaté ce même jour à 2 h 40 par un médecin de l'établissement.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. ██████████ étaient suffisamment documentées dans son dossier médical de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

### ANALYSE

Selon son dossier médical, M. ██████████ a des antécédents de trouble neurocognitif, d'accident cérébrovasculaire, d'insuffisance rénale chronique et d'hypertension artérielle. Il est aussi connu pour faire des chutes à répétition. Considérant sa condition médicale, M. ██████████ reçoit sur une base régulière de la médication ayant pour effet de réduire la capacité de coagulation de son sang et d'éclaircir celui-ci.

Au moment des événements, M. ██████████ habite depuis juillet 2022 la ressource intermédiaire Résidence Marie-Rose. Il est en perte d'autonomie progressive depuis plus

d'une année et sa condition générale s'est particulièrement dégradée dans les derniers mois de sa vie.

Puisque M. [REDACTED] semble refuser d'utiliser sa marchette, un tapis d'alarme est notamment installé dans son lit afin d'aviser le personnel lorsque M. [REDACTED] se lève de celui-ci. Selon les notes contenues à son dossier, M. [REDACTED] chute plus d'une vingtaine de fois dans les dernières semaines. Environ une dizaine de ses chutes sont documentées dans son dossier entre le 25 août et le 7 septembre 2023. À six reprises pendant cette période, il y est fait mention que le tapis d'alarme fonctionnait, mais n'a pas sonné avant que M. [REDACTED] ne soit retrouvé au sol après une chute. En aucun temps n'y est-il précisé que des actions ont été posées en vue de corriger la situation, le personnel se limitant, en apparence, à documenter le fait que le tapis d'alarme ne semblait pas avoir rempli adéquatement ses fonctions. La dernière fois qu'un trouble de fonctionnement du tapis d'alarme a été indiqué dans les notes est le 3 septembre 2023 alors que la dernière chute précisée est le 7 septembre suivant.

Un proche rapporte qu'au moment de recevoir un appel dans la nuit du 12 septembre l'avisant que M. [REDACTED] avait été retrouvé inconscient dans son lit et qu'il était sur le point d'être transféré à l'hôpital, un préposé aux bénéficiaires lui aurait mentionné que celui-ci avait effectué une chute préalablement, mais il ne semble être aucunement fait mention d'une telle chute dans le dossier de la ressource intermédiaire.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital, M. [REDACTED] subit des examens, dont un scan cérébral, qui ont relevé la présence d'un saignement massif et d'un hématome sous-dural. Il est donc possible que M. [REDACTED] ait effectué une chute préalablement au moment où il a été retrouvé inconscient dans son lit, qui n'a pas été observée ou documentée dans son dossier, tout comme il est possible que son saignement intracrânien ait été causé par une chute au préalable. Finalement, il est aussi possible que l'hémorragie cérébrale à la suite de laquelle est décédé M. [REDACTED] ait été causée à la suite d'un accident cérébrovasculaire d'autant plus qu'il a déjà été victime, dans le passé, d'un tel événement. Il m'est donc impossible de trancher l'origine de l'hémorragie avec un degré de probabilité suffisant pour en attester le mode.

Selon les circonstances de son décès et les constatations cliniques faites après son hospitalisation, il y a donc lieu de conclure que M. [REDACTED] est décédé d'une hémorragie intracrânienne de mode indéterminé.

Considérant, encore une fois, les circonstances de son décès et l'absence d'une documentation suffisante à son dossier ainsi que l'absence d'actions posées après avoir constaté à plusieurs reprises la défaillance du tapis d'alarme destiné à alerter le personnel lorsqu'un résident à risque de chute élevé se lève notamment de son lit, je considère qu'il y a lieu de recommander au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière et à son responsable de l'évaluation de la qualité des soins de réévaluer la qualité des soins et l'encadrement qui ont été offerts à M. [REDACTED] dans les jours qui ont précédé son décès survenu le 17 septembre 2023 et de revoir la procédure mise en place par le personnel de la Résidence Marie-Rose en vue de mieux documenter les incidents impliquant ses résidents et bénéficiaires, d'apporter correctifs requis à la suite de tels événements et d'accorder un suivi lors de constatation de mal fonction d'équipement.

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations.

## CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une hémorragie intracrânienne.

Le mode de décès est indéterminé.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière duquel relève la Résidence intermédiaire Marie-Rose** de :

- [R-1] Réviser le dossier de la personne décédée notamment sa prise en charge et les soins prodigués dans les semaines qui ont précédé son décès, et le cas échéant, mettre en place des mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances;
- [R-2] Revoir la procédure mise en place afin de mieux documenter les incidents impliquant les résidents et bénéficiaires afin de comprendre le fil des événements au niveau de l'intensité du suivi, des soins et des services offerts aux patients en pareilles circonstances;
- [R-3] S'assurer que tout dispositif pouvant prévenir les chutes est en bon état de fonctionnement.

---

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 Blainville, ce 18 octobre 2024.



Me Marc Boudreau, coroner