

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

 

2023-06391

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 Julie A. Blondin

BUREAU DU CORONER	
2023-08-28 Date de l'avis	2023-06391 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
82 ans Âge	Masculin Sexe
Saint-Eustache Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-08-28 Date du décès	Saint-Eustache Municipalité du décès
Centre d'hébergement de Saint-Eustache Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par le personnel médical du Centre d'hébergement de Saint-Eustache.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ a subi une chute au Centre d'hébergement de Saint-Eustache, le 14 août 2023. Vers 10 h 40, il a été trouvé sur le plancher de sa chambre par le personnel positionné sur le côté droit près de la fenêtre et pied de son lit. Il a expliqué vouloir se rendre à la salle à manger. Il s'est placé debout et est tombé. Il est relevé par l'infirmière avec l'aide d'une préposée aux bénéficiaires et installé au fauteuil pour évaluation et suivi après sa chute. Il accuse une douleur en haut de la cuisse droite et de la hanche droite. Le médecin est avisé et à 13 h, l'ambulance est demandée afin qu'il soit transféré à l'Hôpital de Saint-Eustache.

Il a été opéré (hémiarthroplastie cimentée) le 16 août 2023 pour une fracture de la hanche droite. M. ██████████ est atteint de Parkinson, une maladie qui provoque chez lui des chutes fréquentes. Il a rencontré des complications avant d'être opéré, des enzymes cardiaques élevés. Il a également développé une fibrillation auriculaire de novo. Quelques jours après sa chirurgie, il est retourné en transport adapté au Centre d'hébergement de Saint-Eustache pour y recevoir des soins, où il est décédé, le 28 août 2023. En raison de cette chute et de ce traumatisme pouvant contribuer au décès, le médecin de garde qui a constaté le décès nous a signalé son décès étant donné notre étude de ce phénomène de santé publique.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Les nombreux antécédents et la fracture de la hanche droite opérée qui a contribué au décès de M. ██████████ sont documentés dans ses dossiers médicaux. Le médecin qui a constaté le décès a établi comme hypothèse de travail qu'il était décédé d'une arythmie en raison d'une apparition d'un flutter de novo.

ANALYSE

Le coroner a pour fonctions de rechercher les causes probables du décès qui ont causé le décès ou y ont abouti ou contribué. À des fins de santé publique et de surveillance, les coroners étudient les chutes chez les aînés en tant que traumatisme causant des décès accidentels.

M. [REDACTED] habite au Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Saint-Eustache (ci-après CHSLD). Il souffrait de la maladie du Parkinson et a plusieurs problèmes médicaux, dont de l'hypertension, de l'hypotension orthostatique, une maladie coronarienne, une cholestérolémie, du diabète et de l'insuffisance rénale et cardiaque. Il est inscrit dans son dossier médical qu'il était limité à l'effort relié à une maladie pulmonaire obstructive chronique (plaques pleurales et amiantose). Il a déjà fait un petit infarctus en 2013. Il avait déjà songé à demandé l'aide médicale à mourir, mais on lui a refusé en raison de son trouble cognitif. Il était souvent confus et halluciné. Sa famille était très présente pour le soutenir.

Depuis les derniers six mois au CHSLD, M. [REDACTED] chutait très souvent. Il avait un trouble de la mobilité chronique. Dans les dernières semaines, avait les jambes qui fléchissait. Un déclin cognitif et physique plus important dans les dernières semaines selon un proche. Les médecins de l'Hôpital de Saint-Eustache ont autorisé l'opération de la hanche, car il mentionnait que c'était sa volonté avec l'accord de sa famille.

Prévention des chutes

D'après l'Institut national de santé publique, «les décès annuels attribuables aux chutes chez les personnes âgées résultent très souvent de fractures de la hanche ou de traumatismes crâniens¹». Les chutes sont donc annonciatrices d'une perte d'autonomie d'où l'importance d'agir sur les facteurs de risque : notamment la diminution de la force et de l'équilibre, une médication non appropriée, l'environnement, la dénutrition, les troubles visuels et l'hypotension orthostatique².

Dans un premier temps, la famille se demande si tous les moyens discutés ont été mis en place pour prévenir la chute du 14 août 2023?

M. [REDACTED] chutait plusieurs fois par semaine pour diverses raisons avant sa chute du 14 août 2023.

De fait, une analyse des rapports d'accident ou d'incident transmis a été effectuée. Il en ressort que M. [REDACTED] a chuté le 4 août 2023 à 18 h dans sa chambre et trouvé sur le plancher. Il n'y avait pas de conséquences physiques à cette chute, semble-t-il, au moment d'achever les rapports, mais l'infirmière a recommandé d'augmenter la fréquence des surveillances.

Le 13 août 2023, M. [REDACTED] avait une conjonctivite à l'œil droit et des pétéchies, mais pas d'écoulement. Il disait qu'il n'avait pas de trouble de la vision, mais était observé par le personnel infirmier. Toutefois, cela est constaté en fin d'après-midi.

¹ Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Chutes chez les personnes âgées*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/>

² *Ibidem*.

Le 13 août 2023 à 14 h 50, M. [REDACTED] est retrouvé sur le plancher de sa chambre par une préposée aux bénéficiaires. Il mentionne qu'il a glissé dans sa chambre le long de sa garde-robe. Il a une éraflure au bras. Le rapport indique que le gestionnaire est avisé de la situation et que le suivi doit être augmenté. Le 13 août à 20 h 30, il a chuté, car il s'est levé pour aller aux toilettes et est tombé sur les genoux. Il portait des bas dans les pieds. Il avait des rougeurs à l'épaule droite et aux genoux. Le suivi post-chute y incluant la prise des signes vitaux était en cours au moment de sa chute du 14 août 2023 à 10 h 40. Aucun rapport de déclaration d'accident ou d'incident n'a été transmis à ce sujet.

M. [REDACTED] ne portait pas de souliers lors de sa chute du 14 août 2023 de la fin de matinée. Il a perdu l'équilibre en tentant de se lever debout. Il est tombé sur le côté droit.

Selon le dépistage et l'identification des facteurs de risque de l'utilisateur, les facteurs de risques ont été évalués par l'infirmière après une chute sauf celle du 14 août 2023, car M. [REDACTED] a été transféré à l'hôpital. Les principaux facteurs de risques identifiés sont : la polypharmacie, l'hypotension orthostatique, la maladie du Parkinson, l'hypertension, le déficit cognitif, la témérité et la prise d'aspirine. Un horaire de surveillance intentionnelle est mentionné pour réduire les facteurs de risque. Cette évaluation est faite par l'infirmière au moyen d'un formulaire.

Nous remarquons que l'information sur l'utilisateur est souvent non complétée dans les rapports de déclaration d'accident ou d'incident. L'information sur l'utilisateur est mentionnée, celle-ci indique qu'il a une autonomie partielle. Il s'agit donc d'un élément qui nous indique que l'équipe des soins infirmiers ne connaît pas sa situation réelle ou en fait une évaluation différente.

Il existe des modalités de traitement en physiothérapie. Le plan de traitement en soins infirmiers indique clairement qu'il est à risque de chute. Dès l'admission d'un patient, un dépistage de risques de chutes doit être effectué et une réévaluation si la condition clinique du patient se détériore. De même, les notes du personnel infirmier doivent permettre d'avoir un portrait de sa mobilité afin de prévenir les chutes, ce qui n'est pas le cas ici. Les causes des chutes de M. [REDACTED] auraient dû être portées à la connaissance systématique de la technologue en réadaptation physique pour une réévaluation et un encadrement du personnel à ce sujet.

D'après les modalités de traitements en physiothérapie, il y avait une recommandation du 17 juillet 2023 d'utiliser le fauteuil roulant pour ses déplacements. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) en date du 29 juillet 2023 précisait à la section du suivi clinique qu'un fauteuil roulant devait être laissé près de lui en tout temps et de lui rappeler de l'utiliser (avec une mention qu'il s'agissait d'une recommandation de la technologue en réadaptation physique du 23 juillet 2023). De même, ses signes vitaux devaient être pris au moins trois fois semaine en alternance à compter du 27 juillet 2023.

Pour les déplacements de M. [REDACTED] avant son opération, il était donc recommandé d'utiliser un fauteuil roulant et de le laisser près de lui. Son risque de chuter étant élevé, le plan thérapeutique infirmier prévoyait une surveillance accrue. Le plan thérapeutique infirmier indiquait aussi qu'une surveillance (tournée intentionnelle) devait être effectuée considérant ce risque de chutes.

En raison de sa perte d'autonomie, M. [REDACTED] nécessitait plus de surveillance dans sa chambre où sont survenues les dernières chutes et plus de prévention. Une évaluation constante des mesures de prévention des chutes avec une équipe multidisciplinaire était

souhaitée pour évaluer tous ces aspects. C'est du moins ce qui ressort de plusieurs documents analysés.

Après l'opération

Après cette chute causant une fracture de la hanche, des mesures de prévention des chutes post opératoire ont été élaborés. M. [REDACTED] utilisait un lit Urmano et une feuille de mesures alternatives devait être complétée par le personnel. Les transferts s'effectuaient avec un Sara-Steady ou sous la supervision de deux préposés, la mise en charge selon tolérance, la mise de ridelles, l'installation d'un oreiller entre les jambes et un tapis de chute.

Une technologue en physiothérapie a émis les recommandations au personnel infirmier après l'opération : chaise d'aisance, ridelles, cousin entre les genoux au lit et au fauteuil, aide de deux préposés pour les transferts, déplacement en fauteuil roulant en tout temps, lit armé en autodétections, tapis de chute, tablette au fauteuil. Une feuille de directive a été placée sur le mur pour les mouvements contre-indiqués. Il n'a pas chuté à nouveau après son opération, car il ne se mobilisait plus seul.

Les niveaux de soins

À la lecture du dossier médical, il était difficile de retracer rapidement le niveau de soins de M. [REDACTED] en raison de plusieurs changements à ce niveau.

Avant la chirurgie du 16 août 2023, la feuille de niveau de soins et de réanimation contenue dans son dossier signé du 1^{er} février 2022 indiquait que son niveau de soins était d'assurer son confort (soins D).

À l'urgence le 14 août 2023, le niveau de soins est changé pour C par le médecin après discussion avec sa famille tout en priorisant le confort. Une feuille de niveau de soins et de réanimation a donc été complétée le 14 août 2023. Une fois que M. [REDACTED] a été opéré, son niveau de soins est ramené à D par le médecin. Il n'y a pas eu de nouvelles feuilles de compléter, mais seulement une mention à cet effet dans les notes médicales. Il indique que le pronostic de vie est de moins d'un an. Il mentionne qu'il sera en soins D au CHSLD après avoir discuté avec un proche.

À son retour de l'hôpital, une gestion de la douleur a été effectuée selon une ordonnance pharmaceutique et un protocole d'analgésie pour la douleur. Les doses d'analgésique étaient administrées régulièrement. Une note infirmière du 22 août 2023 indique que la prescription de départ de l'hôpital n'est pas dans l'enveloppe. Le 22 août 2023 à 16 h, il a reçu de l'hydromorphone. Le personnel a dû téléphoner plusieurs fois à l'hôpital pour l'obtenir. Le médecin du CHSLD a émis la feuille d'ordonnance de médicaments à 15 h 50. La médication de 17 h a été donnée à 21 h 30 sans autre précision. Une autre révision de la médication par le médecin a été faite le 24 août 2023 selon les notes du dossier. Le Seroquel a été enlevé de la médication à la demande de la famille. Toutefois, la pharmacienne avait déjà soulevé cette question au début de l'été.

Le 26 août, le personnel remarquait des changements dans l'état de M. [REDACTED] au matin. Il était plus somnolent. Il n'utilisait pas correctement ses ustensiles et il ne pouvait boire son supplément nutritionnel. Il avait le visage pâle. Le médecin a demandé à l'infirmière de valider le niveau de soins et les attentes de la famille. Un proche a indiqué qu'il était au courant que M. [REDACTED] n'allait pas bien et qu'il ne voulait pas qu'il souffre. Il est indiqué que les soins de confort étaient à prioriser s'il n'y avait pas de changement. Le 27 août,

M. [REDACTED] s'alimentait moins au repas, malgré l'aide de la préposée aux bénéficiaires. Il avait de la difficulté à prendre sa médication laquelle a été écrasée et avait de la difficulté à avaler. Vers 23 h 40, il était incohérent et confus. Dans la nuit du 28 août, il a été repositionné à 2 h 45. À 6 h 45, il respirait, mais il ne réagissait pas lors du changement de culotte. Le personnel indique qu'il a cessé de respirer cinq minutes plus tard.

Afin d'éviter toute ambiguïté pour la famille, il est important que le niveau de soin soit clairement consigné au dossier par écrit après discussion avec le médecin avec la signature des mandataires autorisés. Peu de temps avant le décès, il y a eu une approche à un membre de sa famille pour discuter du niveau de soins faits par l'infirmière du CHSLD et non le médecin. Il est inhabituel que le niveau de soins ne soit pas mieux documenté dans le dossier médical.

Notes incomplètes du personnel

De façon générale, plusieurs notes du personnel sont incomplètes dans le dossier ou pourraient être mieux rédigées et plus précises pour refléter l'état de sa mobilité et de santé lors des tournées. Les rapports de déclaration d'accident ou d'incident sont incomplets.

Médication et transfert de l'Hôpital de Saint-Eustache au Centre d'hébergement

Lors d'une visite médicale quelques jours avant d'obtenir un congé, le médecin de l'Hôpital de Saint-Eustache a expliqué à M. [REDACTED] qu'il n'aurait pas de physiothérapie en cours d'hospitalisation, car il devait retourner vivre au Centre d'hébergement. À titre de médication de départ, le médecin qui complète la feuille sommaire d'hospitalisation indique : Eliquis, Lopresseur, Actonel et des vitamines Calcium et D. La procédure de transfert est expliquée à un proche. Cependant un autre diagnostic est apparu après l'hospitalisation, soit un flutter de novo (trouble du rythme cardiaque) qui n'a pas été investiguée plus amplement selon le choix de la famille. En effet, la note du 18 août 2023 indique qu'il a eu une augmentation des troponines avant son opération traitée avec un traitement conservateur et qu'un flutter de novo a été découvert préopératoire. Un bilan du dossier a été fait et la demande d'échographie transthoracique a été annulée après discussion avec un proche.

Le 22 août 2023 à 13 h 30, M. [REDACTED] a été transféré au Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Saint-Eustache après avoir subi une fracture déplacée du col fémoral droit et obtenu un congé. Ses signes vitaux sont adéquats et il n'a pas d'œdème et semble bien. L'ordonnance des prescriptions ne figure pas dans l'enveloppe de départ. Le personnel a dû demander plusieurs fois cette prescription. Il est inconcevable que le congé du patient ne soit pas mieux organisé à ce niveau. Une infirmière a confirmé à la famille que M. [REDACTED] a manqué de médicament le 22 août 2023 et qu'il n'en avait pas vers 4 h.

Premièrement, la famille se demande si lors de son transfert de l'Hôpital au Centre d'hébergement, M. [REDACTED] a bénéficié de ses médicaments pour le Parkinson ? D'après la prescription de départ, il n'avait aucune médication de cette nature. Le manque de médication fait en sorte qu'il peut souffrir de rigidité (freezing). Cela peut faire augmenter les risques de complications, car il devait pouvoir bouger au moins ses pieds au fauteuil pour avancer et se lever au lève-personne accompagné de deux préposées. Un proche a remarqué que sa douleur semblait relativement acceptable au retour, car il était capable d'avancer avec ses pieds à partir de son fauteuil et de faire une mise en charge. À certains moments, il pouvait même prendre un repas en famille.

Après cela, M. [REDACTED] semble avoir eu ses médicaments en fin de journée du 22 août 2023 vers 21 h 30 hormis son opioïde pour gérer la gestion de sa douleur post opératoire alors qu'il était de retour au début de l'après-midi au Centre d'hébergement de Saint-Eustache. M. [REDACTED] est décédé seulement six jours après son retour au Centre d'hébergement de Saint-Eustache.

Le dossier de l'hôpital indique que la prescription de départ a été transmise par télécopieur. Néanmoins, les archives ne documentent pas la réception du bordereau de transmission. Il est impossible d'évaluer à quel moment la télécopie a été transmise.

Pour éviter toute interruption du traitement médicamenteux du patient, il est crucial d'effectuer rapidement la réévaluation de la médication lorsqu'un individu est admis au Centre d'hébergement à son retour d'hospitalisation. Il existe plusieurs feuilles d'ordonnance de médicaments, mais la réévaluation est inscrite à 15 h 50.

Les transferts de dossiers médicaux entre différents organismes devraient être mieux organisés afin de respecter les bonnes pratiques et éviter ainsi l'interruption de traitements pharmacologiques et l'omission de données médicales importantes.

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je formulerai des recommandations.

À titre indicatif, le présent rapport est soumis au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une exacerbation de son état de santé secondaire à une fracture de la hanche droite opérée en lien avec une chute du 14 août 2023.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, duquel relève l'Hôpital de Saint-Eustache** de :

[R-1] Mettre en place un système d'organisation des transferts des usagers afin de garantir que les prescriptions de départ de médicaments soient transmises sans délai au lieu de destination, par un moyen technologique efficace.

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, duquel relève le Centre d'hébergement Saint-Eustache**, de :

[R-2] Procéder à une analyse multidisciplinaire des rapports d'accidents ou incidents liés aux chutes, afin d'identifier leurs causes et d'adapter les interventions de l'ensemble du personnel en conséquence ;

- [R-3] Procéder à la réévaluation de la médication sans délai lors d'un retour d'hospitalisation d'un usager afin d'éviter toute interruption de médication auprès de ce dernier, peu importe son niveau de soins ;
- [R-4] Réviser la qualité des soins prodigués dans le dossier de la personne décédée et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins des usagers en pareilles circonstances ;
- [R-5] Documenter systématiquement par écrit le niveau des soins des usagers dans leur dossier, en obtenant la signature des familles concernées pour chaque changement significatif ;
- [R-6] S'assurer de fournir aux familles toutes les explications nécessaires à la compréhension des niveaux de soins et d'établir une procédure d'accompagnement pour ce faire.

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 Montréal, ce 29 octobre 2024.

Julie A. Blondin

Me Julie A. Blondin, coroner