

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-01415

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 Nancy Gilbert

<b>BUREAU DU CORONER</b>	
2024-02-17 Date de l'avis	2024-01415 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
99 ans Âge	Féminin Sexe
Québec Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>	
2024-02-17 Date du décès	
Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes Lieu du décès	Québec Municipalité du décès

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ ██████████ est identifiée visuellement par le personnel soignant sur les lieux de son décès.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le détail des circonstances du décès de Mme ██████████ provient de son dossier au Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes, de son dossier médical obtenu de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du rapport d'intervention préhospitalière et d'une discussion avec un membre de la famille.

Mme ██████████ demeure au Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes.

Le 14 février 2024, vers 21 h, elle se déplace sans sa marchette dans le corridor de son milieu de vie et chute de sa hauteur, près de sa chambre. Une infirmière présente au poste de garde l'entend tomber et se rend immédiatement à son chevet. Mme ██████████ est allongée au sol et présente un raccourcissement du membre inférieur gauche. Elle est incapable de se mobiliser en raison d'une douleur sévère localisée à sa hanche gauche. De l'hydromorpone lui est administrée à 21 h 23, selon l'ordonnance du médecin de garde consulté par voie téléphonique. Vers 21 h 34, un appel au 911 est fait par le personnel soignant afin d'avoir un transport par ambulance.

Vers 22 h 55, les ambulanciers arrivent au chevet de Mme ██████████ et la transportent à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus où une fracture de la hanche gauche est diagnostiquée à la suite d'une radiographie.

Le 15 février 2024, considérant les conditions médicales de Mme ██████████ l'équipe traitante et les membres de la famille optent pour des soins de confort. Mme ██████████ obtient son congé de l'hôpital et retourne dans son milieu de vie. Son niveau de soins est alors établi à D (soins visant à assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie). Elle décède le 17 février 2024, à 7 h.

Le décès de Mme ██████████ est constaté à distance par un médecin du centre d'hébergement.

## EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] sont bien documentées dans ses dossiers médicaux de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

## ANALYSE

Mme [REDACTED] a notamment des antécédents de trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, d'hypertension artérielle, de diabète de type II et d'ostéoporose fracturaire.

L'analyse de l'information contenue au dossier du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes révèle que les seules évaluations du risque de chute réalisées en physiothérapie et en ergothérapie datent de 2014, dans le contexte de l'admission de Mme [REDACTED]. Un dépistage des facteurs de risque de chute réalisé par une infirmière, le 11 février 2022, démontre que Mme [REDACTED] est à risque de chute élevé. D'ailleurs, treize chutes de sa hauteur sont documentées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 dont sept chutes répertoriées entre les mois de septembre et décembre 2023 et quatre chutes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 14 février 2024. Dans la majorité des cas, les chutes sont dues à une perte d'équilibre dans un contexte où Mme [REDACTED] se mobilise sans sa marchette, qu'elle oublie de prendre en raison de son trouble neurocognitif.

Particulièrement, le 20 janvier 2024, Mme [REDACTED] chute de sa hauteur dans la salle à manger de son milieu de vie alors qu'elle circule sans sa marchette. Elle accuse une douleur frontale et présente un hématome frontal du côté droit, mais ne se plaint d'aucune autre douleur. Le lendemain, soit le 21 janvier 2024, elle est transportée en ambulance pour une évaluation à l'Hôpital du Saint-Sacrement en raison d'une douleur au poignet droit et d'un œdème de la main droite. De plus, elle présente des ecchymoses bleutées autour des yeux. D'après son dossier médical, les radiographies effectuées ne révèlent aucune fracture. Mme [REDACTED] reçoit son congé de l'hôpital et retourne dans son milieu de vie. Or, malgré un changement significatif de la condition clinique de Mme [REDACTED] aucune réévaluation du risque de chute n'est réalisée. Cet élément est préoccupant dans la mesure où Mme [REDACTED] se déplace habituellement avec une marchette et que la politique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale relative à la prévention et la gestion des chutes (PO-56)<sup>1</sup>, à laquelle est assujéti le Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes, prévoit qu'une réévaluation doit être faite dans une telle situation.

En outre, le dossier de Mme [REDACTED] ne répertorie aucune réévaluation du risque de chute pour les années 2023 et 2024, et ce, en dépit de multiples chutes survenues dans de courts laps de temps. Une réévaluation du risque de chute devrait être réalisée dans de telles circonstances, conformément à la PO-56 en vigueur au moment des événements. Au surplus, aucune note au dossier de Mme [REDACTED] ne fait état que de telles réévaluations sont à réaliser. Notons que l'identification du profil de risque de chute d'un usager vise, entre autres, à obtenir une vision plus complète de sa situation et est un incontournable pour l'ajustement du plan d'intervention individualisé de l'usager.

Hormis la chute du 14 février 2024, deux autres chutes sont survenues dans les jours précédents, soit les 8 et 9 février, toujours dans un contexte de perte d'équilibre, alors que Mme [REDACTED] n'a pas sa marchette. Je remarque, relativement à la chute du 9 février, qu'aucun rapport de déclaration d'incident ou d'accident (formulaire AH-223) n'a été rempli et versé au dossier de Mme [REDACTED] comme le prescrit la loi<sup>2</sup>. La déclaration d'un incident

<sup>1</sup> Politique relative à la prévention et à la gestion des chutes et de leurs conséquences, PO-56

<sup>2</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 233.1)

ou accident est notamment nécessaire au repérage des facteurs de risque de chute et de vulnérabilité d'une personne et joue un rôle dans la sécurité des soins et services dispensés. De surcroît, cette obligation est énoncée dans la règle de soins infirmiers du CIUSSS de la Capitale-Nationale ayant pour objet l'évaluation et le suivi de l'utilisateur ayant chuté<sup>3</sup>. Ce document sert de référence pour le suivi post-chute.

En général, je constate le peu de détail dans les informations colligées sur les formulaires AH-223 principalement quant à la description de l'événement, les faits observés ou constatés par un déclarant lors des chutes de Mme [REDACTED]. Il m'appert que les objectifs d'analyse des accidents, de mise en place des mesures correctives et préventives visées par la complétude des déclarations AH-223 sont difficilement atteignables en l'absence d'une documentation de qualité.

Essentiellement, l'investigation démontre qu'au moment de la chute du 14 février 2024, Mme [REDACTED] porte ses pantoufles correctement, qu'elle n'a pas sa marchette et qu'il n'y a aucun témoin de sa chute. Considérant que moins d'une semaine avant cette chute, Mme [REDACTED] chute à deux reprises en raison de pertes d'équilibre alors qu'elle se déplace sans sa marchette, que son dossier indique que des membres du personnel sont présents au moment de ces chutes, il me semble, dans les circonstances, qu'une perte d'équilibre a probablement entraîné la chute responsable du décès de Mme [REDACTED]. En effet, la médecin ayant constaté le décès note que la cause probable du décès est une fracture de la hanche gauche non opérée.

#### **Mesures correctives mises en place avant le décès**

Dans le cadre de mon investigation, je me suis entretenue avec une conseillère en gestion des risques du CIUSSS de la Capitale-Nationale relativement aux circonstances entourant le décès de Mme [REDACTED] et des recommandations qui seront formulées à la suite de mes constats. Elle a porté à mon attention qu'une analyse de groupe sur des chutes survenues à l'été et l'automne 2023 a été réalisée et que les huit recommandations ci-dessous, en découlant, ont été formulées et soumises aux directions concernées en février 2024 en vue de créer un plan d'action en matière de prévention des chutes :

- Que l'établissement remettre en activité le comité stratégique de prévention des chutes et de leurs conséquences ou l'équivalent.
- Terminer la rédaction des procédures spécifiques, en y incluant un outil de dépistage spécifiquement adapté à la clientèle pour le volet Hébergement ainsi qu'un moyen clair de dépistage pour le SAD-SGS-SPFV et en assurer le déploiement dans les meilleurs délais.
- Déterminer au sein de la procédure spécifique à la DSAPA hébergement, un délai maximal à respecter afin de réaliser le dépistage suivant une nouvelle admission.
- Qu'un comité de travail soit mis en place afin d'assurer un leadership et un suivi d'indicateurs pour répondre aux recommandations antérieurement adressées ainsi qu'à celle émanant de la présente analyse.
- Qu'une attention particulière soit portée à l'organisation du travail pour assurer la sécurité des usagers, notamment sur les quarts de travail précisés dans la présente analyse pour les différents secteurs d'activité et sur les périodes de congé des professionnels.
- Réviser le formulaire CN00198 pour favoriser un repérage plus facile par les intervenants pour les notions d'antécédents, d'historique et d'analyse globale du profil de risque.
- Que tous les employés en contact avec les usagers complètent la formation obligatoire 3072 sur ENA « Prévention des chutes – Mesures préventives universelles ».
- Rehausser le travail interdisciplinaire ainsi que l'implication de l'utilisateur et ses proches dans les décisions dès qu'un risque de chute est identifié, conformément à

<sup>3</sup> Règle de soins infirmiers Évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté, CIUSSS-DSI-RSI-008

ce que prévoit la démarche de collaboration interprofessionnelle du règlement R-29 et de la Politique PO-56, tout en documentant les démarches réalisées au dossier de l'utilisateur.

Je souscris entièrement à ces recommandations et considère qu'elles contribueront, avec la mise en œuvre des recommandations énoncées ci-après, à améliorer la situation au Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes en matière de prévention des chutes.

### **Mesures correctives mises en place depuis le décès**

D'après les discussions que j'ai eues avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, les mesures correctrices suivantes ont été mises en place depuis le décès de Mme [REDACTED] :

- La création du plan d'action en matière de prévention des chutes dont l'actualisation est en cours.
- La révision du formulaire CN00198 pour favoriser un repérage plus facile par les intervenants pour les notions d'antécédents, d'historique et d'analyse globale du profil de risque. De plus, dans le protocole interdisciplinaire auquel réfère le formulaire, il y a eu un ajout en annexe d'un exemple de questionnaire (PQRSTU) pour guider l'infirmière dans sa collecte de données et analyse.

Malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations additionnelles pour une meilleure protection de la vie humaine.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de la direction du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes m'a permis de discuter de chacune des recommandations. La direction du centre d'hébergement considère que les recommandations formulées s'inscrivent en cohérence de la démarche d'amélioration des soins et des travaux en cours en matière de prévention des chutes.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès accidentel.

### **CONCLUSION**

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des complications médicales d'une fracture de la hanche gauche non opérée, consécutivement à une chute de sa hauteur survenue dans son milieu de vie.

Il s'agit d'un décès accidentel.

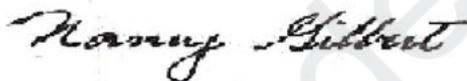
## RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale**, dont fait partie le Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes de :

- [R-1] Rappeler à tous les intervenants qui travaillent auprès de la clientèle du centre d'hébergement tous les règlements, politiques et procédures du CIUSSS de la Capitale-Nationale relatives à la prévention et la gestion des chutes ;
- [R-2] S'assurer que les réévaluations du risque de chute des usagers soient faites par les intervenants notamment lors d'un changement dans leur condition clinique, conformément à la politique du CIUSSS de la Capitale-Nationale relative à la prévention et la gestion des chutes et de leurs conséquences ;
- [R-3] S'assurer, auprès des intervenants, que les rapports de déclaration d'un incident ou d'un accident soient dûment remplis et versés au dossier de l'utilisateur tel que le prescrit la Loi sur les services de santé et les services sociaux, afin de permettre leur analyse, d'identifier les situations à risque de compromettre la sécurité d'un usager à l'occasion d'une prestation de soins ou de services et mettre en place des mesures correctives et préventives appropriées.

---

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 28 octobre 2024.



Me Nancy Gilbert, coroner