

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-01654

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 Dave Kimpton

| | | |
|--|----------------------------------|----------------|
| BUREAU DU CORONER | | |
| 2024-02-27 Date de l'avis | 2024-01654 N° de dossier | |
| IDENTITÉ | | |
| ██████████ Prénom à la naissance | ██████████ Nom à la naissance | |
| 87 ans Âge | Masculin Sexe | |
| Saint-Augustin-de-Desmaures Municipalité de résidence | Québec Province | Canada Pays |
| DÉCÈS | | |
| 2024-02-27 Date du décès | Québec Municipalité du décès | |
| Hôpital Saint-François d'Assise Lieu du décès | | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par ses proches lors de son décès survenu à l'Hôpital Saint-François d'Assise.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 20 février 2024, vers 19 h 38, M. ██████████ est retrouvé au sol de sa chambre située dans l'unité prothétique fermée (unité Bosquet) exclusive aux hommes ayant des troubles de comportement sévères au centre d'hébergement et de soins de longue durée Les Jardins du Haut Saint-Laurent (CHSLD). Il est alors en décubitus latéral droit et il éprouve de la douleur. Il mentionne aux deux préposés aux bénéficiaires présents qu'il a perdu l'équilibre en voulant se rendre à la salle de bain, précise qu'il s'est cogné la tête et se plaint de douleurs à la tête ainsi qu'à la jambe droite.

À 19 h 42, une infirmière arrive sur les lieux pour examiner M. ██████████ et l'assoir dans un fauteuil roulant. À la suite d'une évaluation physique et neurologique, la décision est prise de transférer M. ██████████ à l'hôpital afin qu'il soit examiné par un médecin. La centrale 911 est alors contactée par un membre du personnel du CHSLD à 21 h 57.

Les ambulanciers arrivent sur les lieux le 21 février 2024 à 0 h 47 et prennent en charge M. ██████████. Il arrive à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise à 1 h 36. Lors de son admission, un examen radiologique est effectué et confirme une fracture de la hanche droite.

Le 21 février 2024, à 7 h 35, M. ██████████ est examiné à l'urgence par un orthopédiste. Par la suite, ce dernier s'entretiendra avec la famille vers midi la journée même et les options sont alors présentées (chirurgie de la hanche droite versus soins de confort). À 17 h, considérant l'âge de M. ██████████ et son état de santé général, les proches, accompagnés par l'équipe traitante, optent pour les soins de confort.

Le 22 février 2024, les proches de M. ██████████ s'opposent à ce qu'il soit transféré au CHSLD afin de recevoir les soins de confort préconisés, comme le prévoit la trajectoire habituelle. Ainsi, après un séjour à l'urgence (du 21 au 23 février), le 23 février 2024, M. ██████████ sera admis au département d'orthopédie dans l'attente d'une consultation avec un médecin de famille afin de recevoir les soins de confort. La sédation palliative sera finalement débutée le 26 février 2024 en après-midi et le décès de M. ██████████ sera constaté le 27 février 2024 à 2 h 25 par un médecin de ce centre hospitalier.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTÉ] étaient suffisamment documentées dans les dossiers médicaux consultés, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Dans le cadre de mon investigation, j'ai consulté les dossiers médicaux de l'Hôpital Saint-François d'Assise, de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et du CHSLD. Il ressort des documents analysés que M. [REDACTÉ] avait notamment des antécédents de trouble neurocognitif majeur et de trouble de comportement avec désinhibition. Il avait une tendance à refuser les soins, à être agressif verbalement et à avoir des idées délirantes (vol). Il se déplaçait parfois avec une marchette ou en fauteuil roulant, mais toujours avec l'aide de préposés aux bénéficiaires (depuis environ deux ans avant son décès). Également, je constate au dossier médical de l'Hôpital Saint-François d'Assise que, dans le cadre de son hospitalisation à la suite de la chute survenue le 20 février 2024, il a arraché sa sonde urinaire à deux occasions et qu'il s'est ainsi infligé un traumatisme à l'urètre avec hématurie macroscopique (présence de sang visible dans les urines). Durant cette même période, il a également présenté un délirium hyperactif.

Lorsque je me suis saisi du cas de M. [REDACTÉ] aux fins d'une investigation, les informations quant à son état de santé ont été portées à ma connaissance. Toutefois, plusieurs questions demeuraient en suspens quant aux circonstances entourant la chute du 20 février 2024, au délai d'intervention des préposés ainsi qu'au bon fonctionnement du système d'alerte infrarouge mural présent afin d'aviser le personnel si M. [REDACTÉ] sortait de son lit. Ainsi, j'ai sollicité l'assistance du Service de police de la Ville de Québec afin d'éclaircir les circonstances entourant son décès et un rapport d'enquête a été produit.

Selon les informations recueillies, le 20 février 2024, en soirée, le personnel en fonction à l'unité Bosquet du CHSLD se composait de deux préposés aux bénéficiaires et d'une ressource infirmière de garde. Le ratio concernant le personnel minimum requis était donc respecté, soit deux préposés directement sur l'unité Bosquet et d'une ressource infirmière de garde située quant à elle au poste central. M. [REDACTÉ] était un usager qui était connu à risque de chute. Son fauteuil roulant et le fauteuil dans sa chambre étaient munis d'un système Tabs® (système d'alerte servant à prévenir les chutes ou l'errance) et son lit était surveillé par un système d'alerte infrarouge mural. Lorsqu'ils sont armés, ces dispositifs font en sorte qu'il y a une sonnerie (alarme) systématiquement dès qu'il se lève d'un de ces endroits.

Les déclarations recueillies par l'enquêteur et les enregistrements vidéo saisis (caméra de surveillance de l'unité Bosquet orientée directement sur la porte de chambre de M. [REDACTÉ] me permettent d'établir la trame factuelle suivante. Le 20 février 2024, vers 19 h 11, l'alarme du système infrarouge mural de M. [REDACTÉ] est déclenchée. Un premier préposé aux bénéficiaires se rend immédiatement à la chambre de ce dernier et y pénètre. M. [REDACTÉ] est alors assis sur le bord de son lit. Le préposé aux bénéficiaires discute avec lui et lui approche une marchette. M. [REDACTÉ] indique vouloir se rendre à la salle de bain. À 19 h 13, un autre préposé aux bénéficiaires arrive dans la chambre de M. [REDACTÉ]. Il discute également avec lui et il semble reculer la marchette. À ce moment, les deux préposés ont voulu aider M. [REDACTÉ] à mettre son pyjama et à aller à la salle de bain, mais ce dernier refuse catégoriquement et est agressif.

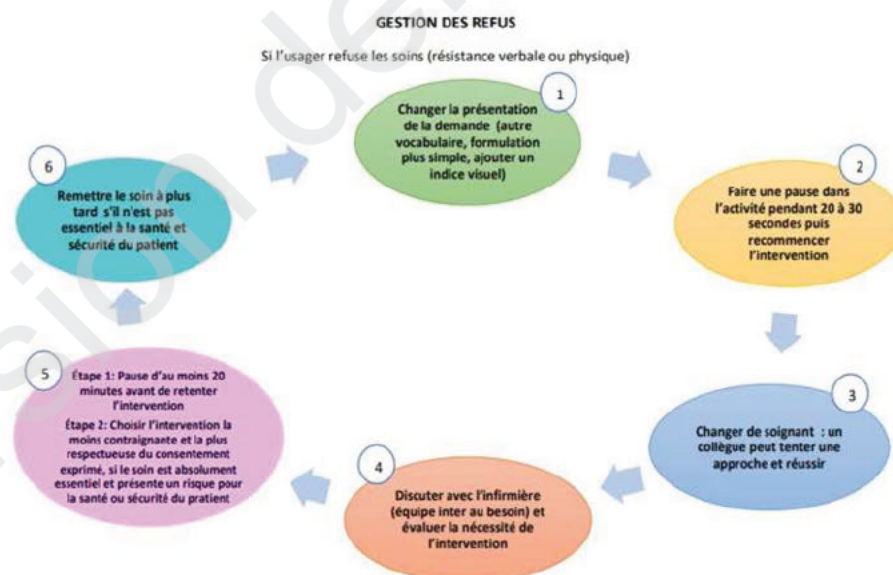
À 19 h 15, les préposés aux bénéficiaires ont dû quitter la chambre de M. [REDACTÉ] car l'alarme d'un autre usager est déclenchée. Ils ont alors quitté la chambre de M. [REDACTÉ] et fermé sa porte, sans l'avoir recouché dans son lit et sans réactiver le système d'alerte

infrarouge mural de celui-ci (si ce dernier avait été réactivé, il aurait continué à sonner, car M. [REDACTÉ] est demeuré assis au bout de son lit lorsque les préposés ont quitté).

Puis, à 19 h 38, on peut apercevoir sur les enregistrements vidéo que les préposés aux bénéficiaires semblent chercher la provenance de bruits. Le vacarme provient de la chambre de M. [REDACTÉ]. Ils ont alors retrouvé M. [REDACTÉ] au sol, près de la salle de bain. Ce dernier était conscient et disait avoir mal aux fesses et à la jambe. Aucun saignement n'a été constaté. La ressource infirmière de garde a été contactée par l'un des préposés et celle-ci est arrivée auprès de M. [REDACTÉ] à 19 h 42. M. [REDACTÉ] a par la suite été relevé, examiné et assis dans un fauteuil roulant vers 19 h 46.

Je ne peux établir avec certitude le délai exact passé au sol de sa chambre par M. [REDACTÉ] le 20 février 2024 à la suite de sa chute en soirée. Toutefois, je peux affirmer qu'il a été laissé seul dans sa chambre pendant environ 23 minutes alors qu'il était, selon moi, en situation précaire (soit assis seul au bout de son lit), considérant ses antécédents médicaux et ses habitudes connues. Il avait au surplus exprimé la volonté d'aller aux toilettes, ce qu'il n'a pas eu l'occasion de faire à 19 h 15 vu son comportement réfractaire à l'aide.

Afin d'examiner les possibilités offertes aux préposés aux bénéficiaires confrontés à une situation similaire à celle de M. [REDACTÉ], j'ai consulté un document publié par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec¹ (CEVQ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Le CEVQ a pour principal objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Son mandat ministériel couvrant une expertise à la fois régionale et suprarégionale lui confère donc un statut de référence dans le domaine du vieillissement. Le CEVQ se distingue par son approche interdisciplinaire, réunissant chercheurs et cliniciens, afin de développer des connaissances et des pratiques adaptées qui prennent en compte les aspects psychologiques, physiques et sociaux du vieillissement. Ainsi, en cas de refus de soins ou d'aide nécessaire (résistance verbale ou physique), la bonne gouverne devrait, selon moi, s'inspirer du schéma suivant :



Écrire au plan de soin et communiquer à vos collègues toutes les astuces qui fonctionnent.

Source : Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Document préparé par Guylaine Bellil et Nadia Duchaine, CSSS Alphonse-Desjardins, Adapté par l'Équipe de mentorat du CEVQ - avril 2020

¹ [Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec | CIUSSSCN \(gouv.qc.ca\)](https://www.ciusscscn.gouv.qc.ca/).

Je me questionne sur le fait que les deux préposés aux bénéficiaires aient laissé M. [REDACTED] seul dans sa chambre, assis sur son lit sans système d'alerte en fonction. Lorsque M. [REDACTED] a manifesté un refus d'aide et qu'un autre bénéficiaire a activé son système d'alerte, un des deux préposés aurait peut-être dû demeurer avec lui et faire signaler la ressource infirmière de garde afin qu'elle vienne en renfort.

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

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé des complications médicales survenues à la suite d'une fracture de la hanche droite causée par une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre d'hébergement et de soins de longue durée Les Jardins du Haut Saint-Laurent** de :

- [R-1] Réviser la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée la journée du 20 février 2024 et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances;
- [R-2] Rappeler à tous les intervenants travaillant auprès de la clientèle du centre d'hébergement tous les règlements, politiques et procédures du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale relatifs aux cas de refus de traitement par un usager.

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 30 octobre 2024.



Me Dave Kimpton, coroner