

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



2024-01385

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 Audray Tondreau

BUREAU DU CORONER	
2024-02-16 Date de l'avis	2024-01385 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
90 ans Âge	Masculin Sexe
Thetford Mines Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-02-15 Date du décès	Thetford Mines Municipalité du décès
CHSLD Saint-Alexandre Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par un membre de sa famille au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Saint-Alexandre.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon l'information contenue au dossier du CHSLD et de l'hôpital de Thetford Mines, le 10 février 2024, vers 4 h 20, M. ██████████ chute, sans la présence de témoin, dans sa chambre. Une préposée aux bénéficiaires arrive rapidement après avoir entendu un bruit découlant de la chute. M. ██████████ est alors allongé, puis s'assoit au sol par lui-même. Il a ses pantoufles aux pieds. Un examen clinique est réalisé. Il ne se plaint pas de douleur. Il n'a pas de nausée. Des lacérations au nez ainsi qu'au bras gauche sont notées. Il est relevé par deux personnes et remis au lit. Cette même journée, M. ██████████ commence à ressentir une douleur au genou gauche et à présenter une boiterie. Après discussion avec la famille, il est admis à l'hôpital de Thetford Mines. À la suite d'un échange entre l'équipe médicale et la famille, une décision est prise de procéder à une radiographie du genou gauche, non pas dans une optique chirurgicale, mais plutôt pour assurer le confort. M. ██████████ retourne au CHSLD Saint-Alexandre dans l'attente des résultats de sa radiographie et reçoit une médication pour la gestion de la douleur.

Le 11 février 2024, M. ██████████ a toujours de la difficulté à marcher et il se déplace avec l'aide d'un fauteuil roulant.

Le 12 février 2024, la radiographie démontre une fracture non déplacée de la rotule gauche. Une attelle est prescrite pour le genou de M. ██████████ pour une durée de 4 semaines et une marchette doit être utilisée pour ses déplacements.

Le 13 février 2024, l'attelle est placée et M. ██████████ se déplace avec l'aide d'une marchette.

Le 15 février 2024, vers 9 h 30, M. ██████████ chute, à nouveau, sans la présence de témoin, dans sa chambre en circulant en l'absence de sa marchette. Il chute de sa hauteur sur le côté droit de son corps. Un impact crânien est rapporté. Il a ses pantoufles aux pieds. M. ██████████ est allongé au sol, près de sa porte de chambre, et présente une douleur à la jambe et à la hanche droite. Après une évaluation par un médecin du CHSLD, qui observe

une déformation au niveau de la jambe droite et avoir communiqué avec un membre de la famille, M. [REDACTED] est transféré, vers 12 h 10, à l'hôpital de Thetford Mines. Une radiographie de la jambe droite est réalisée. Il est alors diagnostiqué une fracture de la hanche droite. M. [REDACTED] est également positif à une infection à la SARS-CoV-2 (COVID-19). Après discussion avec l'équipe médicale traitante et la famille, une décision est prise de ne pas procéder à une chirurgie et d'opter pour des soins de confort (niveau de soins D). M. [REDACTED] est alors transféré vers le CHSLD Saint-Alexandre. Une détérioration rapide de son état est notée. Une tachypnée est observée ainsi qu'un embarras respiratoire. Il est aussi noté que M. [REDACTED] est souffrant. Des doses régulières puis des entredoses visant à le soulager lui sont administrées. M. [REDACTED] décède cette même journée en soirée.

Le 16 février 2024, le décès de celui-ci est confirmé et constaté par un médecin au CHSLD Saint-Alexandre.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont bien documentées dans son dossier médical de l'hôpital de Thetford Mines et du CHSLD Saint-Alexandre, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

M. [REDACTED] résidait au CHSLD Saint-Alexandre depuis le 7 décembre 2022.

L'information médicale contenue au dossier du CHSLD mentionne comme antécédents notamment un trouble neurocognitif majeur avec symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, un bloc atrioventriculaire du troisième degré, une maladie vasculaire athérosclérotique ainsi que de l'hypertension artérielle.

M. [REDACTED] se déplaçait sans auxiliaire de marche et était mobile. Aucune chute n'est recensée au CHSLD Saint-Alexandre avant celles de février 2024.

Le 6 août 2023, le CHSLD Saint-Alexandre a réalisé un dépistage des facteurs de risque de chute de M. [REDACTED]. Le risque de chute a été évalué de léger à modéré, soit le niveau représentant le risque de chute le plus faible. Le 31 août 2023, un plan d'intervention individualisé interdisciplinaire a aussi été réalisé comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En lien avec le risque de chute léger à modéré, il a été recommandé, à titre d'intervention préventive pour réduire le risque de chute, de maintenir un système de détection des mouvements infrarouge au chevet et de réaliser une surveillance lorsque M. [REDACTED] circulait. Ces deux évaluations étaient celles en vigueur au moment des deux chutes des 10 et 15 février 2024.

Le 10 février 2024, à la suite de la première chute, un rapport de déclaration d'incident ou d'accident a été complété comme prescrit à la LSSSS. Comme mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi, il est mentionné d'installer un système de détection des mouvements infrarouge par précaution au chevet, d'ajuster le plan thérapeutique infirmier et le plan de soins.

J'ai questionné à savoir pourquoi une telle recommandation avait été formulée alors qu'au plan d'intervention individualisé interdisciplinaire, daté du 31 août 2023, qui était toujours en vigueur, une telle mesure devait déjà être en place ? Y avait-il un système de détection des mouvements infrarouge au chevet au moment de la chute du 10 février 2024 ? Sinon, pour quelle raison ?

Dans le cadre de mon investigation, il m'a été rapporté que le plan thérapeutique infirmier ne contenait pas de directive en lien avec un système de détection des mouvements infrarouge préalablement à la chute du 10 février 2024. Par ailleurs, le plan de travail du personnel contient une information et une directive contradictoire sur la nécessité ou non de cette intervention préventive pour réduire le risque de chute.

Quoi qu'il en soit et à la lumière des faits révélés dans le cadre de mon investigation, un système de détection des mouvements ne semblait plus en place au moment de la chute du 10 février 2024. Ceci est questionnant considérant que cette mesure était mentionnée au plan d'intervention individualisé interdisciplinaire du 31 août 2023, plan qui était toujours en vigueur. Il n'a pas été possible de connaître la ou les raisons ayant conduit à cette confusion dans l'information consignée.

Qui plus est, à la suite de la chute du 10 février 2024, aucune réévaluation des facteurs du risque de chute n'a été réalisée et n'était prévue, comme prescrit au Programme de prévention des chutes du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, alors qu'il y avait un changement significatif dans la condition médicale de M. [REDACTED] (utilisation d'un fauteuil roulant puis, port d'une attelle et utilisation d'une marchette pour les déplacements). Pareillement pour le plan d'intervention individualisé interdisciplinaire. Le cadre de référence sur la pratique professionnelle en interdisciplinarité du CISSS de Chaudière-Appalaches en vigueur à ce moment prévoit pourtant qu'une réévaluation doit être réalisée lors d'un changement significatif dans la condition d'un résident. Aucune note au dossier de M. [REDACTED] ne fait état également que de telles réévaluations sont prévues être réalisées ou devaient l'être.

Par ailleurs, malgré la recommandation du gestionnaire responsable du suivi du rapport d'incident ou d'accident découlant de la chute du 10 février 2024 de mettre à jour le plan thérapeutique infirmier, celui-ci n'est pas ajusté afin de mentionner la nouvelle directive concernant la nouvelle mesure du système de détection des mouvements infrarouge, même s'il est en place dans les faits. Par conséquent, cette mention n'apparaît pas non plus au plan de travail du personnel. Rappelons que ces deux documents sont importants pour la sécurité de l'utilisateur et servent à guider le travail des intervenants agissant directement auprès de celui-ci afin d'assurer un suivi clinique adéquat. Une telle directive sur un système de détection des mouvements mis en place doit s'y retrouver.

Comme il est mentionné précédemment, le 15 février 2024, M. [REDACTED] chute à nouveau, un rapport de déclaration d'incident ou d'accident est complété. Il est mentionné que le système de détection des mouvements à infrarouge n'était pas en fonction. Selon les notes cliniques infirmières, il avait été remis en fonction à 5 h 45 lors d'une visite à la chambre, mais au moment de la chute à 9 h 30, il ne l'était plus. L'hypothèse formulée par une des cheffes de l'unité avec qui j'ai eu un entretien serait qu'il aurait été éteint au moment du déjeuner et non réactivé par la suite.

En lien avec cet événement, les notes cliniques infirmières et le formulaire « évaluation, surveillance clinique et suivi post-chute » font mention également d'un coussin « SMART » qui n'aurait pas sonné. Le coussin « SMART » est un autre système de détection des mouvements qui est installé dans un lit ou sur un fauteuil. J'ai questionné cette information, car nulle part au dossier, je n'ai retrouvé une recommandation ou une directive à cet effet. Au terme de l'investigation, j'en conclus qu'un tel mécanisme n'a jamais été déployé pour M. [REDACTED] et que ces notes étaient donc inexactes.

Une conseillère à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (ci-après conseillère), avec qui j'ai eu des entretiens, a procédé à une analyse de ces deux événements. Elle a formulé deux recommandations visant à bonifier un plan d'action existant au CHSLD et en cours de réalisation (SEN_TM_2324_0364174) notamment en matière de prévention des chutes. Les recommandations ont pour objectif de « S'assurer de l'utilisation conforme des systèmes de détection de mouvement » et « Évaluer les usagers lorsque leurs conditions changent et apporter les ajustements au plan thérapeutique infirmier et au plan d'intervention ».

À la lumière de mon investigation, je souscris entièrement à ces recommandations.

Par ailleurs, il m'apparaît nécessaire que le CHSLD Saint-Alexandre s'assure de la connaissance par son personnel du Programme de prévention des chutes et du Cadre de référence sur la pratique professionnelle en interdisciplinarité, car dans la présente situation ceux-ci n'ont pas été appliqués, à la suite du changement significatif de la condition de M. [REDACTED] un nouveau dépistage n'ayant pas été envisagé. De plus, il est primordial que les notes, les plans et les formulaires qui sont consignés au dossier d'un usager soient exacts et actuels afin que les bonnes interventions soient réalisées en temps opportun. Si cela avait été le cas, il est possible de croire que des précautions additionnelles aient été prises avant la première chute et à la suite de celle-ci. Finalement, une rétro-information auprès des employés impliqués en lien avec les divers constats du présent rapport d'investigation m'apparaît nécessaire. Au moment d'écrire ce rapport, il m'a été indiqué que cela n'avait pas été réalisé pour le moment.

J'estime que les recommandations formulées par la commissaire contribueront, avec la mise en œuvre des recommandations qui suivent, à améliorer la situation au CHSLD Saint-Alexandre en matière de prévention des chutes, à éviter la récurrence et ainsi à mieux protéger la vie humaine. Un retour sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] auprès de la conseillère et de la direction du CHSLD Saint-Alexandre m'a permis d'ailleurs de discuter de chacune d'elles. La direction du CHSLD m'a informée d'être en action en regard de la démarche de soins et que les recommandations formulées s'inscrivaient en cohérence d'une telle démarche.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé, dans un contexte de soins palliatifs, d'une fracture de la hanche droite, consécutivement à une chute de sa hauteur survenue dans son milieu de vie.

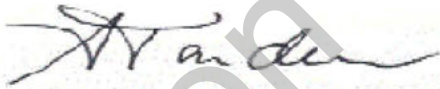
Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, duquel relève le CHSLD Saint-Alexandre**, de :

- [R-1] Assurer un suivi rigoureux et diligent du plan d'action SEN_TM_2324-0364174, particulièrement en matière de prévention des chutes, notamment en ce qui concerne l'utilisation conforme des systèmes de détection de mouvements et de l'évaluation des résidents lors d'un changement de leurs conditions, ainsi que la consignation au plan thérapeutique infirmier et au plan d'intervention ;
- [R-2] Rappeler au personnel soignant l'importance d'appliquer le Programme de prévention des chutes et le Cadre de référence sur la pratique professionnelle en interdisciplinarité du CISSS de Chaudière-Appalaches à la suite d'un changement significatif dans la condition d'un résident ;
- [R-3] Rappeler aux intervenants l'importance que l'information consignée aux notes, aux plans de traitement et aux formulaires soit exacte, actuelle et relative aux résidents afin d'assurer la continuité, la qualité et la cohérence des soins et des services qui leur sont rendus ;
- [R-4] Effectuer une rétro-information auprès des employés impliqués en lien avec les constats présentés dans le présent rapport d'investigation.

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 Lévis, ce 6 janvier 2025.



Me Audray Tondreau, coroner