

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-06225

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.

Dr Marc Jalbert

BUREAU DU CORONER	
2024-08-15 Date de l'avis	2024-06225 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
91 ans Âge	Féminin Sexe
Saint-Charles-Borromée Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-07-07 Date du décès	Saint-Jean-de-Matha Municipalité du décès
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Jean-de-Matha Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par un proche dans le cours de son hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 1er juillet 2024, aux environs de 1 h du matin, Mme ██████████ est accompagnée par un préposé aux bénéficiaires à la salle de bain puis remise au lit de sa chambre de la résidence Mémoire du Cœur où elle demeure. À 2 h, lors de la tournée usuelle des chambres, on retrouve Mme ██████████ au sol à proximité de son lit.

Elle est alors en position assise au sol à côté de son lit et son déambulateur éloigné d'elle dans sa chambre. Elle présente une incapacité à la mise en charge de son membre inférieur gauche ainsi qu'une douleur à la mobilisation de sa hanche gauche. Devant la suspicion de fracture et en accord avec le niveau de soins alors établi avec la famille depuis son arrivée à la résidence, un appel est logé aux services d'urgence pour un transfert hospitalier à 2 h 15. Les techniciens ambulanciers paramédics évaluent Mme ██████████ à 3 h 4 et la transportent vers l'Hôpital de Lanaudière où elle est prise en charge par le personnel de l'urgence à 3 h 44. Ses signes vitaux sont alors normaux.

L'urgentologue qui évalue Mme ██████████ à 4 h 29 note que Mme ██████████ est désorientée et présente une douleur dans la région de la hanche gauche lors de la mobilisation. Mme ██████████ n'arrive pas à préciser les circonstances de la chute. Elle rapporte également des douleurs cervicales. Une radiographie de la hanche gauche ainsi qu'une tomodensitométrie cérébrale et cervicale est effectuée. Ces imageries révèlent une fracture de la hanche gauche et l'absence de complication cérébrale ou cervicale suivant cette chute. Les prises de sang s'avèrent normales sans signe d'un infarctus du myocarde récent.

Une analgésie par voie sous-cutanée est alors initiée pour soulager Mme ██████████ alors qu'une hospitalisation en médecine générale et une consultation en orthopédie sont demandées. Elle est évaluée par le chirurgien orthopédique de garde dans la matinée et les options sont expliquées à Mme ██████████ et un proche comme elle présente une inaptitude à la personne en lien avec des troubles cognitifs. Suivant une réflexion entre les proches et le médecin en

responsabilité de l'urgence en début d'après-midi, il est convenu d'opter pour des soins de confort sans intervention chirurgicale.

À l'étage de médecine générale, la gestion de ses douleurs nécessite l'ajustement à la hausse de son analgésie. Son état général ainsi que son état d'éveil se détériorent progressivement de sorte qu'une admission à l'unité de soins palliatifs du centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Jean-de-Matha est demandée et acceptée le 5 juillet 2024.

Le décès de Mme [REDACTED] [REDACTED] a été constaté par l'infirmière en responsabilité de l'unité des soins palliatifs le 7 juillet 2024 à 22 h 50 en collaboration avec le médecin de garde de l'unité.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme il s'agit d'une déclaration tardive au Bureau du coroner, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné. Cependant, le dossier médical était suffisamment documenté pour mener la présente investigation.

ANALYSE

Mme [REDACTED] demeurait à la résidence Mémoire du Cœur depuis le 14 mars 2024, une résidence intermédiaire (RI) dite adaptée pour les aînés confrontés à une perte d'autonomie associée à des troubles neurocognitifs.

Son dossier de l'Hôpital de Lanaudière indique que Mme [REDACTED] souffrait d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM), d'une ostéoporose, d'une hypertension artérielle, d'une hypothyroïdie et qu'elle était porteuse d'une prothèse totale de la hanche droite. Les médicaments servis à sa résidence sont concordants avec les antécédents médicaux mentionnés et aucun psychotrope ou analgésique ne lui avait été administré récemment.

Mme [REDACTED] avait fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle globale visant à établir son plan de soins individualisé (PSI) à son arrivée à la résidence en mars 2024. Son risque de chute avait alors été jugé à faible. Mme [REDACTED] n'avait présenté aucune chute par le passé et ses troubles de la marche étaient compensés par l'usage d'un déambulateur. Son PSI mentionne d'ailleurs qu'elle était autonome pour ses transferts et pour ses déplacements avec cette aide technique. De l'errance nocturne était décrite chez Mme [REDACTED] dans le contexte de son TNCM. Devant ces constatations, elle faisait donc l'objet d'une surveillance dite usuelle sans coussin d'alarme ou tapis de chute à sa chambre. Ce plan n'a pas été réévalué suivant son admission en mars 2024. Jusqu'à la chute du 1er juillet 2024, Mme [REDACTED] n'avait toutefois pas présenté de chute.

Les proches, qui utilisaient déjà une caméra de surveillance à la maison pour assurer la sécurité de Mme [REDACTED] à son domicile avant sa relocalisation en résidence, avaient convenu de poursuivre l'usage de l'appareil dans la chambre de cette dernière en conformité avec les règlements. Les images de faible qualité captées par l'appareil par intermittence lors de la détection de mouvements dans la pièce m'ont été décrites par un membre de la famille comme il n'a pas été possible d'extraire de séquence de qualité. On constate néanmoins que la nuit de la chute du 1er juillet 2024, Mme [REDACTED] présentait des comportements d'errance nocturne. Un membre du personnel est d'ailleurs entré en contact avec Mme [REDACTED] dans l'embrasement de la porte de sa chambre pour possiblement l'aviser de se remettre au lit aux environs de 1 h. Aucune autre surveillance ou intervention n'a été notée par la caméra de surveillance et la chute n'a malheureusement pas été documentée par l'appareil, mais Mme [REDACTED] semble

s'être de nouveau levée de son lit avant de chuter au sol peu avant 2 h, l'appareil s'étant réactivé après la chute et lors de l'intervention du personnel après la chute, lors de la tournée usuelle de l'unité.

Devant les douleurs dans la région de la hanche gauche et au cou et en accord avec le niveau de soins convenu avec les proches depuis son arrivée en mars 2024, Mme [REDACTED] a été conduite à l'hôpital où l'imagerie médicale a confirmé une fracture de hanche, complication plus fréquente des chutes chez les patients âgés souffrant d'ostéoporose. Bien que le questionnaire médical soit limité auprès de Mme [REDACTED] à son arrivée à l'urgence pour tenter de comprendre les circonstances de la chute, les bilans sanguins réalisés permettent du moins d'exclure un infarctus du myocarde récent qui aurait pu précéder la chute alors que l'imagerie cérébrale permet d'exclure un saignement intracrânien pré ou post-traumatique. Suivant une évaluation médicale à l'urgence et en orthopédie, une décision de soins de confort sans intervention chirurgicale a été rendue par les proches de Mme [REDACTED]. Son état s'est détérioré dans les jours suivants nécessitant l'ajustement de ses soins et menant ultimement à son décès le 7 juillet 2024.

À la lumière de l'investigation, la fracture de la hanche gauche découlant de la chute du 1er juillet s'avère donc être la cause primaire du décès de Mme [REDACTED].

Réflexions

Durant la présente investigation, j'ai eu la chance de m'entretenir avec un proche de Mme [REDACTED] concernant certaines déceptions et frustrations quant aux soins reçus par Mme [REDACTED] depuis son arrivée à la résidence Mémoire du Cœur. En dehors des enjeux d'effectifs et de rotation du personnel actuellement systémiques au Québec dans les établissements de santé et les ressources non institutionnelles (RNI) (incluant les RI) pour lesquels les proches sont compréhensifs, l'absence de réévaluation du plan de soins et d'implication des proches dans cette démarche, devant des comportements d'errance nocturne, est remise en question par ces derniers. Malgré l'absence de chutes jusqu'à celle qui lui sera fatale, une meilleure intégration des proches qui avaient aussi accès à des informations complémentaires par le biais de la caméra de surveillance aurait peut-être pu permettre d'ajuster les interventions quant aux comportements liés à de l'errance nocturne. Sans permettre l'atteinte d'un risque nul de chute qui me semble utopique avec une clientèle présentant des troubles neurocognitifs majeurs, une participation plus grande des proches dans une réévaluation de son plan de soins aurait peut-être pu permettre de mieux adapter les interventions et répondre à leurs attentes légitimes.

Par ailleurs, le proche interrogé est aussi resté sous l'impression que la présence d'une caméra de surveillance a créé un malaise et influencé le niveau d'investissement du personnel dans les soins offerts auprès de Mme [REDACTED] par crainte possiblement d'être épiés. L'usage décrit dans le cas présent me semble toutefois conforme à la réglementation proposée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en respect de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et du Code civil du Québec. L'usage de dispositifs de surveillance est permis si la surveillance n'est pas réalisée en continu et si elle vise à assurer la sécurité d'un usager et de la qualité des soins reçus, ce qui semble avoir été le cas ici. Un *Guide de mise en œuvre du règlement concernant les modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)* réalisé en 2022 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec le Protecteur du citoyen et disponible en ligne peut d'ailleurs servir de référence pour les RNI

afin de rendre l'utilisation plus harmonieuse pour les proches, l'utilisateur et le personnel. Afin de mieux protéger la vie humaine, une recommandation sera émise à ce sujet afin de clarifier la place de l'usage croissant de ces technologies de surveillance de plus en plus accessibles et performantes afin qu'elles soient utilisées adéquatement et afin d'éviter qu'elles influencent négativement les soins offerts.

J'ai également eu la chance d'échanger avec la Conseillère à la Qualité organisationnelle et à la Gestion des risques de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière ayant traité le décès de Mme [REDACTED]. Cette instance au sein du CISSS de Lanaudière a pour mission d'assurer la qualité et la performance des soins et services offerts par les établissements et les ressources sur son territoire. Il a ainsi droit de regard sur les événements comme celui de Mme [REDACTED] afin d'évaluer l'événement et émettre des recommandations s'il y a lieu.

Dans le cas présent, des recommandations ont été faites auprès de l'administration des RNI en collaboration avec la conseillère clinique de la RI (la résidence Mémoire du Cœur dans le cas présent) afin d'offrir de l'information et de la formation sur les thématiques entourant les syndromes gériatriques (par exemple les chutes et les troubles de comportement), la *Stratégie intégrée de prévention des chutes* ainsi que l'élaboration, la réévaluation et la personnalisation des plans de soins. Un retour est également prévu avec les équipes concernées afin d'assurer des audits de ce qui a été réalisé. Par ailleurs, un programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), déjà en place dans plusieurs CISSS de la province viendra s'ajouter en support proactif auprès des équipes œuvrant avec une clientèle gériatrique afin d'améliorer les services et la formation en continu sans attendre d'autres événements malheureux pour réagir.

Je suis ainsi rassuré par l'autonomie et la proactivité des instances en place au CISSS de Lanaudière afin d'améliorer les soins et les services auprès d'une clientèle complexe comme le souhaitent également les proches de Mme [REDACTED] qui espèrent que son cas permettra à l'avenir de mieux répondre aux besoins des autres usagers du réseau présentant des problématiques semblables. J'appuie évidemment ces démarches de la DQEPE du CISSS de Lanaudière et pour éviter la redondance, aucune recommandation supplémentaire ne sera émise sur l'amélioration de la qualité des services et de la formation du personnel des ressources d'hébergement. Une copie du rapport leur sera néanmoins acheminée.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des suites d'une fracture de la hanche gauche.

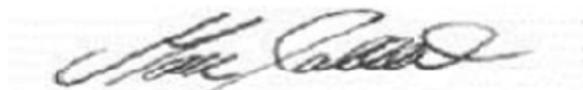
Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière** de :

- [R-1]** Diffuser le *Guide de mise en œuvre du règlement concernant les modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)* auprès des ressources non institutionnelles (RNI) de son territoire afin que ces mécanismes soient utilisés adéquatement.

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 Lavaltrie, ce 13 janvier 2025.



Dr Marc Jalbert, coroner