



Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-09869

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 Arnaud Samson
Coroner

BUREAU DU CORONER 2024-12-27 Date de l'avis			2024-09869 N° de dossier		
IDENTITÉ ██████████ Prénom à la naissance 88 ans Âge Québec Municipalité de résidence ██████████ Nom à la naissance Féminin Sexe Québec Province Canada Pays					
DÉCÈS 2024-12-26 Date du décès Centre d'hébergement St-Jean-Eudes Lieu du décès			Québec Municipalité du décès		

ATTENDU QU'en date du 8 avril 2025, j'ai produit un rapport d'investigation concernant le décès de Mme ██████████ ;

ATTENDU QU'à la suite de faits nouveaux, il y a lieu d'apporter des modifications à l'effet que le Centre d'hébergement St-Jean-Eudes est un établissement indépendant du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale ;

ATTENDU QUE les trois premières recommandations devraient être adressées directement au Centre d'hébergement St-Jean-Eudes;

EN CONSÉQUENCE, je produis le présent rapport amendé, lequel remplace le rapport émis le 8 avril 2025.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée visuellement par le personnel du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) où elle réside.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Une infirmière a évalué le décès de Mme ██████████ le 26 décembre 2024 à 23 h 30. Le lendemain, après un constat à distance, le médecin de garde du CHSLD a transmis un avis au coroner en raison d'une chute récente. Il nous a dirigés vers le médecin de garde précédent pour obtenir plus de précisions. Cependant, ce dernier, une fois contacté, n'a pas pu fournir d'informations supplémentaires.

J'ai alors contacté les proches de Mme ██████████ dont l'un d'eux agit comme mandataire. Ce dernier nous a rapporté qu'il avait reçu un appel d'un membre du personnel du CHSLD le 21 décembre, l'informant que Mme ██████████ avait fait une nouvelle chute. On lui avait alors précisé que, comme lors des précédentes chutes, elle n'avait subi aucune conséquence grave.

Le 22 décembre en soirée, le mandataire rend visite à Mme [REDACTED] et la trouve très somnolente, refusant de s'alimenter au souper. Inquiet, il en informe le personnel, qui le rassure.

Le 23 décembre au matin, il contacte l'établissement pour exprimer ses préoccupations face à des chutes répétées et à la dégradation récente de l'état général de Mme [REDACTED] ; des explications lui sont fournies et différentes mesures de protection sont évoquées.

Le 24 décembre, dans l'après-midi, le mandataire se rend au chevet et fait les mêmes constats que lors de sa dernière visite.

Le 25 décembre, vers 11 h, le mandataire reçoit un appel l'informant que Mme [REDACTED] a reçu une injection de morphine et que son état s'est détérioré. Se rendant immédiatement à son chevet, il apprend avec surprise du personnel sur place que Mme [REDACTED] est désormais en soins palliatifs, sans en avoir été préalablement informé comme mandataire (modification du niveau de soins). Une affiche a été installée sur la porte de sa chambre pour signaler ce changement de prise en charge.

Le 26 décembre, les proches, dont le mandataire, passent l'après-midi et la soirée auprès de Mme [REDACTED]. Vers 23 h, ils constatent qu'elle ne respire plus et en informent immédiatement le personnel.

Les proches, y compris le mandataire représentant Mme [REDACTED] n'ont pas été contactés par un médecin responsable durant les derniers jours de soins. Ils n'ont pas reçu les informations nécessaires pour comprendre l'évolution de son état clinique et ainsi mieux l'accompagner selon ses besoins avant son décès.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Les circonstances du décès de Mme [REDACTED] sont consignées dans son dossier clinique du CHSLD. Toutefois, une expertise a été ordonnée afin de pouvoir en préciser les causes. Dans ce cadre, une autopsie virtuelle a été réalisée le 27 décembre 2024. Cet examen post-mortem n'a révélé aucune lésion traumatique ni hémorragique susceptible d'expliquer le décès. Un hématome du cuir chevelu, situé en supraorbitaire sur la ligne médiane, a été observé, mais l'ensemble des constatations effectuées n'a pas permis d'identifier une cause du décès.

Un examen externe a été pratiqué le 28 décembre 2024 à la morgue de Québec. J'ai constaté la présence d'ecchymoses périorbitaires bilatérales, une abrasion au coude droit et une ecchymose au genou droit.

ANALYSE

Mme [REDACTED] âgée de 88 ans, réside depuis le 17 avril 2023 à Charlesbourg, au Centre d'hébergement St-Jean-Eudes, un CHSLD privé conventionné qui accueille 150 personnes. Cet établissement héberge des personnes âgées en perte importante d'autonomie vivant à domicile.

Selon son dossier clinique du CHSLD, Mme [REDACTED] a un médecin traitant et elle présente plusieurs antécédents médicaux, notamment une polyarthrite rhumatoïde, une maladie coronarienne athérosclérotique sévère diagnostiquée en 2009, un trouble neurocognitif sévère depuis 2019, de l'ostéoporose et une insuffisance rénale chronique. Des médicaments lui sont

d'ailleurs prescrits pour le traitement de ces différentes conditions. Mme [REDACTED] étant inapte, elle a un mandataire désigné. Le niveau de soins C (assurant le confort en priorité plutôt que la prolongation de la vie) a été établi avec ce mandataire, lors d'une rencontre interdisciplinaire.

Extraits de notes cliniques infirmières pertinentes à l'analyse

20 décembre 2024 : Absence de notes cliniques au dossier

21 décembre 2024 :

À 11 h 35, Mme [REDACTED] chute de son fauteuil devant le poste des infirmières où elle a l'habitude de passer la journée. Suite à un cri « à l'aide », elle est retrouvée allongée sur son côté gauche au sol. Mme [REDACTED] présente un léger saignement nasal. Après l'avoir examinée, l'infirmière avise le mandataire : « Mme [REDACTED] a fait à nouveau une chute avec des conséquences mineures, dont une petite lacération de 1,4 cm au bras droit traitée avec des stéristrips. Une petite lacération du nez ainsi qu'un hématome au front sont également notés ». Aucune plainte particulière n'est documentée. Un suivi post-chute est initié.

22 décembre 2024 :

À 10 h, de la morphine (prescrite le 18 mai 2024 et non utilisée depuis plus de 3 mois) lui est administrée.

Mme [REDACTED] devient plus somnolente dans la journée, le mandataire est à son chevet en fait la mention, car Mme [REDACTED] ne s'alimente pas au souper.

Il est indiqué que Mme [REDACTED] passe une bonne nuit.

23 décembre 2024 :

Appel du mandataire qui trouve que Mme [REDACTED] est perdue

À 10 h, de la morphine (prescrite le 18 mai 2024) lui est donnée.

Mme [REDACTED] demeure somnolente toute la journée.

24 décembre :

Mme [REDACTED] est très somnolente, elle le demeure toute la journée, elle ne s'alimente pas et ne réussit pas à prendre sa médication régulière.

25 décembre :

Mme [REDACTED] est toujours très somnolente

À 5 h 50, de la morphine (prescrite le 18 mai 2024) lui est donnée, car elle a le faciès crispé.

À 10 h 45, une injection de morphine (prescrite le 18 mai 2024) lui est administrée.

À 11 h, le mandataire est informé que Mme [REDACTED] va moins bien, qu'elle ne s'alimente plus et ne prend plus sa médication.

Vers 14 h 30, des échanges ont lieu avec les proches surpris par l'arrivée inattendue de soins palliatifs.

À 15 h 15, une affiche de soins palliatifs est installée sur la porte de la chambre de Mme [REDACTED]

Interventions médicales en fin de vie de Mme [REDACTED]

28 novembre 2024 : dernière note clinique du médecin traitant en lien avec la baisse d'une médication.

25 décembre 2024 — 17 h 45 : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « douleur et inconfort du résident ».

De la morphine sous-cutanée aux 6 heures lui est prescrite à donner régulièrement en respectant le sommeil (maximum 3 doses par 24 h).

De la morphine sous-cutanée aux 2 heures en entre-dose si douleur au besoin est également prévue, en respectant le sommeil (maximum 3 doses par 24 h).

26 décembre 2024 — 9 h 20 : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « clarifier la prescription ».

De la morphine sous-cutanée aux 4 heures est prescrite.

De la morphine sous-cutanée aux 2 heures en entre-dose si douleur au besoin est également prévue, avec avis au médecin par la suite (maximum 3 doses par 24 h).

26 décembre — 10 h 20 : Un appel téléphonique est fait par le médecin de garde pour « cesser toute médication orale ».

26 décembre — heure non précisée : Un appel téléphonique est fait au nouveau médecin de garde pour « clarifier la prescription ».

La morphine en entre-dose sera administrée en cas de douleur, d'inconfort et/ou de dyspnée et/ou de tachypnée supérieure à 28 respirations par minute.

26 décembre — 14 h 20 : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « clarifier la prescription ».

Une nouvelle médication est prescrite en cas d'embarras bronchique.

Le dosage de la morphine sous-cutané aux 4 heures est augmenté.

Le dosage de la morphine sous-cutané aux 2 heures en entre-dose est augmenté.

26 décembre — 18 h 40 : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « résidente non soulagée après le protocole de détresse ».

Le dosage de la morphine sous-cutané aux 4 heures est augmenté.

Le dosage de la morphine sous-cutané aux 2 heures en entre-dose est augmenté.

26 décembre — 23 h : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « dyspnée incontrôlable ».

Une nouvelle médication anxiolytique (Nozinan et Ativan) est prescrite.

La médication pour embarras bronchique est cessée.

27 décembre — 7 h : Un appel téléphonique est fait au médecin de garde pour « constater le décès à distance ».

Les échanges avec les proches, puis l'analyse du dossier clinique de Mme [REDACTED] ont soulevé certaines préoccupations lors de cette investigation.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

Il faut rappeler ici un écrit du président du Collège des médecins Mauril Gaudreault — 24 février 2021 :

La décision d'opter pour la téléconsultation doit tenir compte de multiples facteurs, mais elle ne devrait jamais être dictée par l'agenda du médecin ni par les impératifs d'une clinique ou d'un fournisseur de services de santé. Aucun critère n'est plus important que la qualité des

soins, leur aspect sécuritaire et le respect des normes déontologiques. Agir dans le meilleur intérêt du patient, c'est un principe non négociable.

Il est bon de se rappeler que les obligations du médecin sont les mêmes, quel que soit le mode de consultation, notamment l'obligation de compléter sa démarche clinique et d'assurer le suivi requis par l'état du patient. Plus que jamais en cette année difficile, les patients ont besoin de soutien et d'accompagnement. Exercer la médecine par téléphone ou à l'écran ne nous dégage pas de nos obligations déontologiques.

Dans un contexte de soins en CHSLD et plus précisément en réponse à une situation clinique inattendue ou traumatique, le médecin qui est responsable des soins du résident du CHSLD se doit d'évaluer l'ensemble de la situation clinique de la personne et de mener avec elle ou son mandataire, un processus décisionnel conduisant aux soins les plus appropriés pour elle.

Selon les lignes directrices sur les commotions cérébrales/traumatismes craniocérébraux légers concernant les adultes de 18 ans et plus (référence¹ sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : le traumatisme craniocérébral léger [TCCL] — ou la commotion cérébrale) est une blessure invisible causée par un coup direct à la tête ou par un impact sur toute autre partie du corps qui transmet une force impulsive à la tête. Toute aggravation des symptômes dans les heures ou les jours suivants un événement doit amener un examen médical clinique formel.

L'absence de cet examen clinique pré-mortem après un traumatisme crânien m'incitera à formuler une recommandation pour une meilleure protection de la vie humaine, à la fin du présent rapport.

Les analgésiques narcotiques devraient être évités ou limités uniquement au « traitement de sauvetage » pour les céphalées aiguës quand d'autres traitements de première et de deuxième intention ne fonctionnent pas ou sont contre-indiqués.²

Également afin d'améliorer la sécurité médicamenteuse et de prévenir l'administration inappropriée de narcotiques après une période d'inutilisation prolongée, nous ferons la recommandation, au CHSLD, que les ordonnances de narcotiques (per os et non per os) soient désactivées après 90 jours d'inutilisation, sauf en cas de justification clinique documentée.

Un retour préalable sur les préoccupations soulevées par les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès d'un représentant du Collège des médecins et à la suite de discussions que j'ai eues avec la responsable de la gestion des risques du Centre d'hébergement St-Jean-Eudes, il y a lieu de faire également d'autres recommandations.

Après validation, il s'avère qu'autant l'évaluation de la qualité de l'acte que l'administration des médicaments sont sous la responsabilité du Centre d'hébergement St-Jean-Eudes, qui est un établissement privé conventionné. Plus spécifiquement pour la pratique médicale, il faut se référer aux articles 79 à 81 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, chapitre S-5, r. 5) (ROAE). À noter que tel que le prévoit l'article 1623 de la Loi sur la gouvernance de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021) (LGSSSS), les dispositions du ROAE demeurent en vigueur dans la mesure où elles ne sont pas contradictoires à la LGSSSS.

¹ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/commotion-cerebrale/>

² Les « Lignes directrices sur les commotions cérébrales/traumatismes craniocérébraux légers et les symptômes persistants » (3^e édition) Fondation ontarienne de neurotraumatologie

L'ensemble des éléments recueillis indique que Mme [REDACTED] a chuté de son fauteuil et a subi un traumatisme craniocérébral léger. Elle est décédée de complications survenues lors de la prise en charge subséquente.

En considérant les conclusions de l'autopsie virtuelle et l'examen clinique post-mortem et en analysant les circonstances qui entourent le décès, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée de complications médicales apparues après un traumatisme craniocérébral léger à la suite d'une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

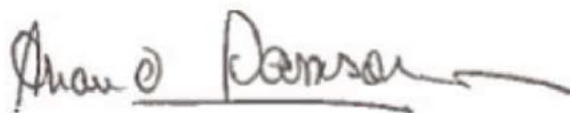
Je recommande que le **Centre d'hébergement St-Jean-Eudes (CHSLD)**:

- [R-1]** S'assure que le médecin responsable ou le chef de service médical du CHSLD St-Jean-Eudes, révise la qualité de la prise en charge et des soins médicaux offerts à la personne décédée à la suite de sa chute survenue le 21 décembre 2024 et, le cas échéant, mette en œuvre les mesures nécessaires afin d'améliorer la qualité de la prise en charge clinique dans des circonstances similaires, tel que le prévoit l'article 81 Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;
- [R-2]** S'assure que les membres de l'équipe clinique responsable de l'administration des narcotiques au CHSLD St-Jean-Eudes, qu'ils soient administrés per os ou autrement, cessent toute ordonnance demeurée inutilisée pendant plus de 90 jours, sauf en présence d'une justification clinique clairement documentée au dossier;
- [R-3]** Révise la qualité de la prise en charge et des soins infirmiers dispensés à la personne décédée à la suite de sa chute du 21 décembre 2024 et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents en pareilles circonstances.

Je recommande que le **Collège des médecins du Québec** :

- [R-4]** Rappelle auprès de ses membres que les obligations du médecin sont les mêmes, quel que soit le mode de consultation, notamment l'obligation de compléter sa démarche par un examen clinique et d'assurer le suivi requis par l'état d'un patient, incluant les soins en CHSLD;
- [R-5]** Rappelle auprès de ses membres que la prise en charge d'un patient en CHSLD doit se faire auprès du patient ou de son mandataire.

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 23 avril 2025.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Arnaud Samson', followed by a horizontal line and a small flourish.

Dr Arnaud Samson, coroner

version dénominalisée