Bureau
du coroner
Québec

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
[redacted]
2023-08833

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 Nathalie Lefebvre

Édifice Le Delta 2
2875, boulevard Laurier, bureau 390
Québec (Québec) G1V 5B1
Téléphone : 1 888 CORONER (1 888 267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174
www.coroner.gouv.qc.ca

version dénominalisée

BUREAU DU CORONER

2023-11-24 Date de l'avis	2023-08833 N° de dossier

IDENTITÉ

[redacted] Prénom à la naissance	[redacted] Nom à la naissance	
88 ans Âge	Féminin Sexe	
Longueuil Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays

DÉCÈS

2023-11-23 Date du décès	Longueuil Municipalité du décès
Hôpital Charles-Le Moyne Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme [redacted] a été identifiée par le personnel soignant, à l'aide de pièces d'identité comportant des photographies, en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Des informations tirées de son dossier médical indiquent que, le 15 novembre 2023, Mme [redacted] a été transportée en ambulance après avoir fait une chute de sa hauteur dans le corridor, à la ressource intermédiaire de la résidence La Verrière où elle était hébergée.

Des examens radiologiques ont détecté la présence d'une fracture de la hanche droite.

Cependant, Mme [redacted] était dans un état général très précaire. Elle souffrait notamment d'un trouble neurocognitif de type Alzheimer avec symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, d'ostéoporose et de reflux gastro-œsophagien. Devant les faibles probabilités d'amélioration, il fut décidé, de concert avec la famille, de lui prodiguer des soins de confort.

Mme [redacted] s'est éteinte paisiblement le 23 novembre 2023 à 17 h 50. Le décès a été constaté par un médecin de l'établissement.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de Mme [redacted] sont bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital Charles-Le Moyne, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

vers on dématérialisée

ANALYSE

Un seul rapport d'analyse des risques de chute a été fait pendant l'hébergement de Mme [redacted] à la résidence, soit le 26 octobre 2022. Bien que le rapport indique que Mme [redacted] a chuté trois fois ou plus dans les six mois précédents, en plus d'autres facteurs de risque, son risque de chute était de 17, soit qu'il y avait présence d'un risque de chute (supérieur à 10) sur une échelle de 35, c'est-à-dire que son risque était modéré.

Aucun autre rapport d'évaluation des risques de chute n'a été fait passé cette date. Or, une dizaine d'épisodes de chute, ou de situations où Mme [redacted] a été retrouvée par terre sont survenus au cours de l'année 2023, tous sans conséquence, hormis la chute du 15 novembre 2023.

Son dossier médical indique que Mme [redacted] présentait des problèmes de comportement liés à son trouble cognitif et qu'elle était souvent agitée et agressive. Plusieurs chutes sont ainsi survenues alors qu'elle posait des gestes brusques avec sa marchette ou qu'elle lançait des objets. Par ailleurs, la chute du 15 novembre 2023 est survenue sans témoin alors qu'elle a été retrouvée par terre dans le corridor.

La santé de Mme [redacted] allait certes en se détériorant, néanmoins, la chute du 15 novembre 2023 est clairement la condition ayant déclenché la cascade des événements qui ont mené à son décès.

Ainsi, entre l'évaluation initiale des risques de chute en octobre 2022 et la chute du 15 novembre 2023, il s'est écoulé plus d'un an et plus d'une dizaine d'épisodes de chute sont survenus sans que le risque de chute ne soit réévalué, ce qui aurait permis de mettre en place des mesures préventives.

Par conséquent, pour la protection des usagers de ressources pour personnes en perte d'autonomie, je formulerai une recommandation.

Conformément aux procédures établies par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), l'évaluation du risque de chute devrait être faite : à l'admission, suite à une hospitalisation, suite à une chute ou lors de tout autre changement dans la condition du résident susceptible de modifier le niveau de risque de chute et au moins une fois tous les six mois. J'ajoute qu'un rapport accident/incident devrait être fait après chaque chute.

À cet égard, j'ai pu discuter de ma recommandation avec 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 la Montérégie-Centre.

CONCLUSION

Mme [redacted] est décédée de complications médicales, consécutivement à une chute ayant causé une fracture de la hanche gauche.

Il s'agit d'un décès accidentel.

Version dénominalisée

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, dont fait partie la ressource intermédiaire de la Résidence La Verrière** :

[R-1] Rappelle à son personnel soignant l'importance d'évaluer régulièrement les risques de chute des usagers conformément à ce que prescrit la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour identifier les situations à risque et, le cas échéant, mette en place les interventions requises afin de prévenir leur récurrence.

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 Candiac, ce 27 mars 2025.

Me Nathalie Lefebvre, coroner

version dénominalisée