

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-09150

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 Richard Drapeau
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-11-30 Date de l'avis	2024-09150 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
86 ans Âge	Masculin Sexe	
Sherbrooke Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-11-30 Date du décès	Sherbrooke Municipalité du décès	
Hôpital et CHSLD Argyll Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par un membre du personnel de l'Hôpital et CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) Argyll.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 23 novembre 2024, vers 18 h 20, M. ██████████ tente de se lever de son fauteuil roulant et tombe au sol. Il accuse alors une douleur au flanc droit et a une lacération au-dessus du coude droit. Au moment de la chute, l'environnement est dégagé et sécuritaire, bien éclairé, le plancher est sec et M. ██████████ porte des pantoufles aux pieds. Une évaluation est ensuite demandée par le personnel infirmier considérant plusieurs chutes récentes et une masse palpée au niveau de l'hémithorax droit.

Des résultats d'imagerie médicale confirment ensuite entre autres des fractures costales multiples et un pneumothorax. Le 25 novembre 2024, la décision de privilégier un traitement de confort est prise avec le premier répondant. Par la suite, l'état général de M. ██████████ se détériore et il décède le 30 novembre 2024.

Le décès de M. ██████████ est constaté le 30 novembre 2024 par un médecin de l'établissement.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. ██████████ sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital et CHSLD Argyll, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

M. [REDACTED] était un homme de 86 ans, hébergé dans l'unité de trouble de comportement sévère de l'Hôpital et CHSLD Argyll. Il souffrait entre autres d'un trouble neurocognitif majeur.

Le dossier médical de l'Hôpital et CHSLD Argyll mentionne que M. [REDACTED] avait fait huit chutes au mois de novembre 2024. Celle du 23 novembre 2024 avait causé un hémithorax sur fractures de côtes multiples (6^{ième}, 7^{ième}, 8^{ième}, 9^{ième} et 10^{ième}).

Le dossier contient plusieurs évaluations du risque de chute selon l'échelle de dépistage de chutes *morse*. Ces évaluations confirmaient un risque de chute élevé considérant l'état mental de M. [REDACTED] la présence de plusieurs diagnostics, l'incontinence urinaire et la prise de médicaments antipsychotique et antidépresseur.

Les huit rapports de déclaration d'incident ou d'accident du mois de novembre 2024 mentionnaient à leur section 5 comme intervention effectuée ou mesure prise, d'augmenter la fréquence de surveillance. Qu'est-ce que cela signifie? Quelle était la fréquence au départ? Comment le personnel infirmier peut-il respecter cette mesure sans spécificité? Dans les circonstances, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation pour une meilleure protection de la vie humaine.

À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, je formulerai une recommandation dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec la spécialiste dans ce dossier en activités cliniques — Qualité et sécurité des soins et services aux usagers de la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — CHUS. Cette spécialiste n'avait pas fait de recommandation dans ce dossier puisqu'elle avait déjà fait une recommandation dans un dossier dont les facteurs qui ont contribué au décès sont similaires à ceux sous étude. Cette recommandation était la suivante :

« Mettre en place un outil aide-mémoire pour les infirmières lors de chute d'un usager en incluant le volet de révision des mesures de prévention des chutes et de documenter au dossier de l'usager si les mesures en place sont efficaces et/ou si des mesures sont ajoutées. »

Je considère important de faire une recommandation similaire pour le présent dossier.

En considérant les faits de ce dossier, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des complications médicales apparues après des fractures costales causées par une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, dont fait partie l'Hôpital et CHSLD Argyll** :

- [R-1] Mette en place un outil aide-mémoire pour les infirmières lors de chute d'un usager, en incluant le volet de révision des mesures de prévention des chutes et de documenter au dossier du résident si les mesures en place sont efficaces et/ou si des mesures sont ajoutées.

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 Sherbrooke, ce 10 mai 2025.



Me Richard Drapeau, coroner