

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-01011

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

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2025-02-01 Date de l'avis	2025-01011 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
93 ans Âge	Féminin Sexe	
Saint-Raphaël Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2025-02-01 Date du décès	Saint-Raphaël Municipalité du décès	
CHSLD de Saint-Raphaël Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 30 janvier 2025, vers 14 h, Mme ██████████ a subi une chute au CHSLD où elle réside alors qu'elle tentait de se lever de sa chaise. Elle a été blessée lors de cet accident. Dans les jours qui ont suivi, compte tenu de son état de santé et des volontés exprimées par ses proches, il a été convenu d'orienter les soins vers une approche de confort et de soulagement des symptômes.

Le décès de Mme ██████████ est survenu le 1er février 2025 au CHSLD et a été constaté par une infirmière.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme aucun diagnostic clinique ne semblait avoir été établi, une autopsie virtuelle a été réalisée à l'Hôtel-Dieu de Lévis le 3 février 2025. L'examen a révélé une fracture comminutive du fémur gauche, en lien avec la chute. Une légère infiltration grasseuse a été observée autour de la fracture, sans hématome mesurable. Aucune lésion traumatique intracrânienne n'a été constatée. Des calcifications coronariennes modérées ainsi que des signes discrets d'insuffisance cardiaque ont été notés. Par ailleurs, aucune autre lésion traumatique ou anomalie anatomique préexistante pouvant expliquer ou avoir contribué au décès n'a été identifiée.

### ANALYSE

Mme ██████████ âgée de 93 ans, réside au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Saint-Raphaël. Elle présente un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, accompagné de plusieurs comorbidités qui compromettent son autonomie, notamment sur le plan de la mobilité. Mme ██████████ est à risque élevé de chute.

## Événements cliniques

Le 30 janvier 2025, vers 14 h, Mme [REDACTED] a fait une chute en tentant de se lever de sa chaise. Elle a été aussitôt prise en charge par le personnel infirmier, qui a noté qu'elle « semble incapable de mettre du poids sur la jambe gauche ». Mme [REDACTED] a été installée dans son lit. L'incident a été communiqué à un proche, et un suivi post-chute a été entrepris. De l'acétaminophène a été administré pour le soulagement de la douleur.

Le 31 janvier, à 0 h 15, Mme [REDACTED] a été évaluée par l'infirmière, qui note que « le pied gauche est dévié vers l'extérieur ». Un examen musculosquelettique ainsi qu'une évaluation de l'état mental ont été réalisés. Mme [REDACTED] a ensuite passé, une nuit relativement paisible.

Vers 8 h 15, en raison de douleurs persistantes, le médecin traitant a été avisé par téléphone. Ce dernier a ensuite communiqué avec un proche afin de discuter des risques et des bénéfices associés à un transfert à l'hôpital. Le proche consulté a exprimé une préférence pour éviter le transfert. Une prescription de morphine au besoin a alors été ajoutée au régime analgésique.

Vers 14 h, l'infirmière a demandé à la technicienne en physiothérapie d'évaluer les possibilités de mobilisation de Mme [REDACTED] ainsi que l'état de son matelas. Étant trop souffrante, Mme [REDACTED] n'a pu être mobilisée. Des recommandations ont été consignées dans la note clinique.

Le 1er février, une note infirmière fait mention d'une suspicion de fracture de la hanche gauche. Mme [REDACTED] a connu une journée difficile, marquée par une douleur importante et des épisodes d'agitation. Une médication antipsychotique a été administrée durant la nuit, et des analgésiques opioïdes ont été donnés au cours de la journée. À 10 h 30, le médecin de garde a été contacté, et les doses d'analgésiques ont été augmentées.

Vers 14 h, une discussion entre l'infirmière et les proches a permis de réévaluer le niveau de soins, en continuité avec les échanges antérieurs entre le médecin et la famille. Le médecin de garde a été informé de cette décision. L'infirmière a rempli le formulaire de changement de niveau de soins, les médicaments réguliers ont été cessés et le plan thérapeutique infirmier a été modifié afin d'orienter les soins vers le confort.

En fin de journée, une médication visant à soulager l'encombrement bronchique a été administrée. À 18 h 50, les proches ont informé l'équipe que Mme [REDACTED] était décédée.

À 19 h 30 une évaluation post-mortem est faite, le bulletin de décès est complété et le coroner est contacté par l'infirmière. Le document de DÉMARCHE INFIRMIÈRE VISANT À CONSTATER LE DÉCÈS a été rédigé en partie à l'exception de la section DRESSER LE CONSTAT DE DÉCÈS.

## Considérations professionnelles

*« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.<sup>1</sup> »*

---

<sup>1</sup> Loi médicale, article 31

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, de prévenir la maladie et d'offrir le soulagement approprié des symptômes.<sup>2</sup> »

Le Collège des médecins du Québec encourage une approche interdisciplinaire, notamment pour la détermination du niveau d'intervention médicale. L'ensemble de l'équipe — interdisciplinaire ou multidisciplinaire — ainsi que le patient (ou son représentant légal, si ce dernier est inapte) doivent y contribuer.

En attendant qu'une telle démarche soit complétée par un médecin, une infirmière peut évaluer la condition physique et mentale d'une personne, qu'elle soit symptomatique ou non, dans le but de prodiguer les soins nécessaires, incluant ceux sur ordonnance. Dans ce contexte, elle peut discuter du niveau de soins avec le patient ou son représentant et en inscrire une note au dossier. Le médecin devrait cependant en être informé, et il peut, dans certaines situations, émettre une ordonnance téléphonique. Un médecin doit néanmoins compléter une démarche clinique adaptée à la situation, incluant une évaluation (questionnaire, examen physique ou mental, et examens paracliniques au besoin) pour poser un diagnostic différentiel, en préciser les éléments et choisir un traitement approprié.

### **Analyse du dossier clinique**

À la lumière de cette investigation, et dans un souci de meilleure protection de la vie humaine, il n'a pas été possible de retrouver dans les documents consultés en date des 31 janvier, 1er et 2 février 2025, une évaluation clinique médicale documentant l'état « souffrant » de Mme [REDACTED] à la suite de sa chute récente. Des opioïdes lui ont toutefois été prescrits afin de soulager ses douleurs.

Selon les notes disponibles, les proches ont exprimé leur volonté de ne pas recourir à une évaluation paraclinique, préférant une évaluation clinique uniquement. Toutefois, il n'est pas clairement précisé en quoi cette évaluation clinique médicale a consisté.

Par ailleurs, selon les documents, une infirmière a contacté les proches pour discuter du niveau d'intervention médicale. Cette décision a ensuite été transmise au médecin de garde, qui a modifié le niveau de soins. Or, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), « le niveau de soins est déterminé à la suite d'une discussion entre la personne ou son représentant et un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Lors de cette discussion, le médecin ou l'IPS présente l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins et leurs conséquences ».

Un rapport de déclaration d'incident et d'accident a été complété.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès des autorités du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, m'a permis de présenter les recommandations incluses dans ce rapport, en rapport avec :

- L'absence d'évaluation clinique médicale dans les 24 heures suivant la chute survenue le 30 janvier 2025, alors que l'état clinique de Mme [REDACTED] s'était significativement détérioré au point de nécessiter l'administration d'opioïdes pour le soulagement de la douleur.

<sup>2</sup> [Loi sur les infirmières et les infirmiers](#), article 36

- L'absence de détermination formelle du niveau de soins par un médecin, comme cela aurait dû être effectué dans les circonstances.
- La détermination du niveau de soins réalisée par une infirmière, en dehors de son champ d'expertise et de responsabilité.

L'ensemble des éléments recueillis indique que Mme [REDACTED] a fait une chute et s'est infligé des blessures, dont une fracture comminutive du fémur gauche.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès accidentel.

## CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des complications médicales apparues après une fracture du fémur causée par une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont fait partie le CHSLD de Saint-Raphaël** :

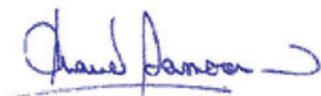
- [R-1] S'assure qu'un médecin procède à une évaluation clinique complète en cas de dégradation significative de l'état de santé d'un résident en CHSLD, notamment lorsque le transfert hospitalier est écarté ;
- [R-2] Sensibilise les médecins aux obligations professionnelles entourant l'évaluation d'un résident symptomatique en contexte de soins de longue durée ;
- [R-3] Veille à ce que les discussions en CHSLD concernant le niveau de soins soient systématiquement menées par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), conformément aux directives de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins, afin d'assurer une prise de décision clinique appropriée et sécuritaire ;
- [R-4] Clarifie auprès des équipes des CHSLD, les rôles et responsabilités respectives du personnel infirmier, des médecins, et des autres intervenants dans le processus de décision clinique.

## SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information, dont les dossiers cliniques de la personne décédée et les rapports d'expertises.

---

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 4 juillet 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Arnaud Samson', with a stylized flourish at the end.

Dr Arnaud Samson, coroner

version dénominalisée