

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-01113

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 Francine Danais

Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2025-02-04 Date de l'avis	2025-01113 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
89 ans Âge	Féminin Sexe	
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2025-02-04 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès	
CHSLD Lionel-Émond Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été est identifiée visuellement par ses enfants au cours de son séjour au Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) Lionel-Émond.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 5 novembre 2024, un préposé aux bénéficiaires avise l'infirmière du soutien à domicile que Mme ██████████ éprouve beaucoup de douleurs et qu'elle aurait fait une chute. Elle est incapable d'expliquer ce qui est arrivé mais elle serait tombée lundi soir (4 novembre). Lors de l'examen clinique, elle présente une douleur de 9/10 à la palpation au niveau du coccyx, sans irradiation. Il est impossible de la tourner pour poursuivre l'examen vu la douleur. Un médicament anti-douleur lui est donné et l'infirmière en charge est avisée de poursuivre l'évaluation une fois que celui-ci aurait fait effet. Lors de ce deuxième examen, aucune rougeur au dos, hanches et cuisses n'est observée et la douleur est alors de 5/10. Selon les notes du dossier, il y a un bon alignement et une bonne mobilité des membres.

Le lendemain, elle est à nouveau examinée par une infirmière car la douleur persiste. Des consignes de donner un anti-douleur au besoin (PRN) sont données.

Le 7 novembre 2024 en matinée, l'infirmière de la ressource intermédiaire (RI) «Manoir Gatineau» où Mme ██████████ vivait à ce moment l'envoie à l'Hôpital de Hull (hôpital) pour investigation puisque la douleur est toujours persistante et il est difficile de la bouger. Un rapport d'incident ou d'accident est rédigé pour mentionner les douleurs. Aucune chute n'est rapportée.

À l'hôpital, les résultats d'imagerie révèlent une fracture de l'aile iliaque droite, une fracture de l'articulation sacro-iliaque droite, une fracture de la jonction ilio-pubienne gauche traversant la portion antérieure de l'acétabulum, une fracture comminutive du rameau pubien inférieur droit et de la région parasymphysaire de l'os pubien gauche, une fracture transverse décalée du rameau pubien inférieur gauche et une possible fracture de l'aile sacrée gauche ainsi qu'une contusion des graisses sous-cutanées de la fesse et de la hanche droites alors que le bilan sanguin révèle de l'anémie. L'examen neurologique est normal.

Une consultation en orthopédie a lieu le 8 novembre 2024. Une chirurgie n'est pas possible et l'orthopédiste prescrit l'absence de mise en charge pendant 6 semaines. Quant à l'anémie, la dose de fer est augmentée et une médication pour la gestion de la douleur est prescrite. Mme [REDACTED] est hospitalisée dans le but d'évaluer ses besoins et organiser l'équipement requis avant son retour à la RI. La famille demande que des démarches en vue de la relocaliser en CHSLD soient entreprises.

Mme [REDACTED] reçoit son congé de l'hôpital le 14 novembre 2024 et retourne à la RI. Elle est admise au CHSLD le 9 décembre 2024. Elle ne peut toujours pas faire de mise en charge et le contrôle de la douleur est sous-optimal. Les médicaments sont ajustés en vue d'assurer son confort et elle demeure principalement alitée. Dans les jours qui suivent, il y a peu d'amélioration et son décès est constaté le 4 février 2025 par le médecin.

## **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'hôpital, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

## **ANALYSE**

Le dossier clinique de Mme [REDACTED] mentionne qu'elle souffrait entre autres d'un trouble neurocognitif majeur vasculaire, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, d'arthrose, de dégénérescence maculaire qui diminuait grandement sa vision et d'ostéoporose fracturaire. Elle avait eu une première fracture du bassin en octobre 2024 suivant une chute. Elle avait eu un accident vasculaire cérébral sylvien. Elle devait se déplacer avec une marchette et nécessitait de l'aide lors des transferts (ex : debout-assis). Elle avait vécu en RI de février 2023 jusqu'à son transfert au CHSLD en décembre 2024.

Le dossier de la RI mentionne que depuis janvier 2024, Mme [REDACTED] avait fait au moins une douzaine de chutes dont la fréquence avait augmenté dans les derniers mois. La lecture des rapports d'incident ou d'accident révèle qu'elle chutait fréquemment en tentant de se rendre à la salle de bain ou en se levant de son lit. Diverses mesures préventives avaient été tentées sans succès, dont un tapis d'alarme, une surveillance 1 à 1, un horaire mictionnel et l'augmentation de la fréquence des tournées. Heureusement, la majorité de ces chutes avait été sans conséquence grave sauf la dernière.

Dans le cadre de mon investigation, j'ai consulté un radiologiste expert qui a commenté qu'en 8 ans d'imagerie post mortem, il n'avait pas le souvenir de blessures d'une telle sévérité chez une personne âgée consécutivement à une chute. Il conclut que les fractures subies sont particulièrement abondantes s'il s'agit d'une chute de sa hauteur et leur distribution est atypique, même si cela demeure possible. L'impact probable étant à la fesse droite. L'apparence radiologique aurait été plus compatible avec un trauma d'une plus grande vélocité ou hauteur (exemple, chute dans les escaliers).

Ainsi, que s'est-il passé et quand cela est-il arrivé ?

Lorsqu'un évènement pouvant entraîner des conséquences pour un usager survient dans un établissement, un rapport de déclaration d'incident ou d'accident<sup>1</sup> doit obligatoirement être rédigé. Celui-ci énonce l'évènement et les circonstances de celui-ci et les interventions effectuées. Il est notamment utilisé pour procéder à une analyse de la situation et faire des recommandations afin d'éviter une autre situation similaire. Je suis en mesure d'observer que cette obligation est remplie par la RI sauf en ce qui a trait à celle qui a causé les nombreuses fractures. En effet, pour ce qui est de la chute du 4 novembre 2024, le rapport rédigé en date du 7 novembre 2024 n'apporte aucune information sur la survenance d'un incident/accident qui aurait pu occasionner ces blessures. Un rapport « Analyse de la chute » a également été préparé dans lequel il est stipulé que le lieu de la chute est inconnu et n'apporte aucun éclaircissement sur l'évènement. Alors, autre que la déclaration de Mme [REDACTED] à l'effet qu'elle était tombée le lundi, comment le personnel du CHSLD a su qu'elle avait fait une chute ? Qui l'a relevée ?

Par ailleurs, Mme [REDACTED] a déclaré au médecin de l'urgence être tombée la veille soit le 6 novembre 2024. S'agit-il d'une autre chute ? Vu son trouble neurocognitif, il se peut que le moment de l'évènement soit mal situé dans le temps.

Pour tenter d'avoir des éclaircissements, j'ai demandé à la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et de l'évaluation (DQEPE) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) de faire des vérifications notamment auprès des différentes directions impliquées ainsi qu'avec la direction de la RI. Il ressort de cette démarche qu'aucun des employés ayant travaillé à la RI dans la semaine précédant le 7 novembre 2024 n'avait d'information à donner afin d'expliquer la situation. Cela est quand même étonnant, d'autant plus qu'il est peu probable que Mme [REDACTED] avec la sévérité de ses blessures, ait pu se relever seule et il est encore peu probable qu'un autre résident ait pu l'assister.

À cet égard, la DQEPE a émis une procédure<sup>2</sup> en juin 2016 à l'effet que tout incident/accident lié à la prestation de soins et services à un usager doit être signalé au gestionnaire en autorité et/ou supérieur immédiat et l'obligation de remplir le formulaire AH-223 (rapport d'incident/accident). Malheureusement, dans la situation qui nous occupe, il semble que cela ait été rempli tardivement par la gestionnaire. À cet égard, il y aurait lieu de faire un rappel à l'ensemble des employés de l'établissement sur l'importance de cette obligation. J'en ferai une recommandation.

Enfin, malgré mon investigation, il m'a été impossible de déterminer les circonstances ayant entraîné les blessures subies par Mme [REDACTED] ni de confirmer le moment de l'accident.

## CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des conséquences de fractures multiples au bassin causées par une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

<sup>1</sup> Formulaire AH-223

<sup>2</sup> PRO-007 : Déclaration d'un incident/accident lié à la prestation de soins et services à un usager, DQEPE, 7 juin 2016.

## RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais** :

**[R-1]** Rappelle à l'ensemble des employés travaillant à la ressource intermédiaire Manoir Gatineau leur obligation de signaler tout événement pouvant compromettre le bien-être d'un résident et de remplir le formulaire AH-223 sans délai.

---

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 Montréal, ce 8 juillet 2025.



Me Francine Danais, coroner