

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de


2024-07434

Version anonymisée

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt et sans la signature du coroner). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt et la signature du coroner, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Marie-Ève Dagenais
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-09-29 Date de l'avis	2024-07434 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████ Prénom à la naissance	██████ Nom à la naissance	
70 ans Âge	Masculin Sexe	
Shawinigan Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-09-29 Date du décès	Shawinigan Municipalité du décès	
Centre d'hébergement Saint-Maurice Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████ est identifié visuellement par le personnel du centre d'hébergement qui le connaissait.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████ habite au Centre d'hébergement Saint-Maurice. Le 21 septembre 2024, des membres du personnel entendent M. ██████ crier. Ils se rendent à sa chambre et le retrouve assis au sol à côté de son lit. M. ██████ est remis dans son lit. Par la suite, il adopte une position antalgique : il retient les jambes fléchies contre lui. M. ██████ est transporté par ambulance à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) afin que l'on vérifie la présence de lésions au niveau des membres inférieurs.

Au centre hospitalier, des examens d'imagerie sont faits. Ceux-ci montrent la présence d'une fracture de la hanche droite. Une consultation auprès de l'orthopédiste a lieu. Ce dernier est d'avis qu'une chirurgie entraînerait pour M. ██████ plus d'inconvénients que d'avantages. Comme M. ██████ est sous curatelle, le curateur public est contacté. Au terme des démarches, il est décidé de ne pas procéder à la chirurgie et d'opter plutôt pour un traitement conservateur. Ainsi, M. ██████ retourne au centre d'hébergement afin qu'il obtienne des soins de confort.

Dans les jours qui suivent, l'état de M. ██████ se détériore de manière significative. Il est très souffrant. Son décès est constaté le 29 septembre 2024 par un médecin du centre d'hébergement.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. ██████ sont suffisamment documentées dans son dossier médical, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

M. [REDACTED] avait notamment des antécédents de troubles neurocognitifs majeurs, de fibrillation auriculaire, de dyslipidémie et d'hypertension artérielle.

Par ailleurs, depuis environ un an, M. [REDACTED] n'était plus en mesure de marcher. Il est inscrit dans son dossier médical qu'il était habituellement alité.

Personne n'a été témoin des circonstances dans lesquelles M. [REDACTED] s'est retrouvé sur le plancher de sa chambre, près de son lit. La présence d'une fracture de la hanche démontre la survenance d'un traumatisme. Au dossier, il est inscrit que le personnel soignant présume que M. [REDACTED] a chuté de son lit. Il s'agit effectivement, selon moi, de l'hypothèse la plus probable.

Il n'y a pas d'information au dossier nous permettant de savoir quelles mesures avaient été mises en place afin de prévenir que M. [REDACTED] ne chute de son lit. Notamment, je ne sais pas si les ridelles du lit étaient en place.

J'ai contacté la conseillère cadre en gestion intégrée des risques et prestations sécuritaires des soins et services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Le rapport qui m'a été soumis m'informe qu'une enquête interne a eu lieu subséquemment à cet événement et qu'à la suite de l'enquête effectuée, il a été déterminé que les règles de pratique professionnelle (évaluation et gestion des chutes ainsi que le suivi post-chute) avaient été respectées. Il est également mentionné que des enjeux au niveau de la qualité de la documentation du dossier avaient été notés et que des mesures avaient été mises en place afin d'améliorer cet aspect.

Je demeure toutefois sans information complète sur les mesures mises en place pour prévenir que M. [REDACTED] ne chute. Ainsi, à la suite de l'étude des causes et des circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] je vais formuler une recommandation pour une meilleure protection de la vie humaine, à la fin du présent rapport.

Antérieurement à la chute qu'il a subie, l'état de M. [REDACTED] était précaire mais stable. C'est la chute et la fracture de la hanche qui en a découlé qui constituent le point de départ de la cascade des événements ayant mené au décès. Je conclus donc que le décès est accidentel.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des complications médicales apparues après une fracture de la hanche droite causée 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 la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**, dont fait partie le **Centre d'hébergement Saint-Maurice** :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués de la personne décédée, à partir du 9 février 2021 jusqu'à son décès, notamment concernant le processus d'évaluation du risque de chutes 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 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 Québec, ce 11 août 2025.

Me Marie-Ève Dagenais, coroner