

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-01757

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 Kathleen Gélinas
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-02-24 Date de l'avis	2025-01757 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
90 ans Âge	Féminin Sexe	
Magog Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-02-24 Date du décès	Magog Municipalité du décès	
CSSS de Memphrémagog Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée visuellement par un proche en cours de séjour.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 6 février 2025, vers minuit, un membre du personnel de soin entend un bruit de chute en provenance de la chambre de Mme ██████████, alors qu'aucune alerte ne provient du détecteur de mouvement (TABS) installé au lit. Ce membre de personnel de soins la découvre au sol sur le dos. Mme ██████████ se tient la tête et gémit. L'aide technique à la marche (une marchette) est à proximité du lit. Une évaluation est effectuée par l'infirmière. Dans le cadre de l'évaluation, Mme ██████████ présente une plaie à la tête en région pariétale, il y a également présence de sang. Il y a présence d'un hématome de forme circulaire de 6 cm de diamètre et la présence de rougeur et lacération au niveau dorsal. Mme ██████████ accuse également de la douleur au niveau de la hanche droite et au niveau lombaire. Un suivi post-chute se met en place.

À 2 h, Mme ██████████ n'ouvre les yeux que sur stimulation. Elle n'est pas en mesure de verbaliser son niveau de douleur.

À 4 h, une asymétrie des pupilles est constatée.

À 4 h 20, une évaluation est effectuée en lien avec le suivi-chute et l'asymétrie des pupilles. Les 2 pupilles sont réactives. Il n'y a pas de céphalée et Mme ██████████ collabore. Il n'y a aucun changement à l'état mental déjà connu. Elle verbalise des douleurs à la hanche droite et présente de la douleur à la mobilisation.

Un appel est logé au médecin pour l'aviser du changement d'état. Celui-ci prescrit de la médication visant à soulager la douleur, ainsi qu'une radiographie de la hanche et une tomodensitométrie de la tête.

À 9 h 40, le médecin procède à l'évaluation de Mme ██████████. Suivant cette évaluation, le médecin annule la tomodensitométrie de la tête en raison de la faible probabilité de saignement intracrânien. La radiographie ne révèle aucune fracture.

Le 7 février 2025, Mme [REDACTED] se lève seule à plusieurs reprises sans respecter les consignes et n'a aucun souvenir de sa chute récente.

Le 8 février 2025, Mme [REDACTED] présente beaucoup de confusion, elle se lève constamment, elle collabore peu. Alors qu'elle est à la salle à manger, elle se lève du fauteuil et chute avec un impact crânien.

Le médecin est avisé. Un suivi post-chute se met en place. Une discussion à lieu avec un membre de la famille concernant la possibilité de l'installation d'une ceinture pelvienne pour minimiser les risques de chute en raison de la confusion présentée. Également, il est discuté de transférer Mme [REDACTED] vers un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Après avoir obtenue l'approbation, une démarche est entreprise pour obtenir une relocalisation.

Le 12 février 2025, vers 15 h 40, suivant le déclenchement de la bande sensitive, Mme [REDACTED] est retrouvée au sol, à côté de son fauteuil. Un suivi post-chute est appliqué et le médecin est avisé. Au cours de la soirée, Mme [REDACTED] présente beaucoup de confusion. Elle est toujours en attente d'une relocalisation en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Le 13 février 2025, à 18 h, Mme [REDACTED] utilise la cloche d'appel pour demander de l'assistance afin de se rendre à la toilette. Elle est amenée avec un membre du personnel de soin. Alors qu'elle est de dos à la toilette, elle a une rétropulsion (un trouble statique caractérisé par une tendance à la chute arrière), elle se cogne le dos. Dans les heures qui suivent, elle présente de fortes douleurs à l'abdomen et au niveau des côtes. Elle présente des mesures de défense à palpation. Le médecin est avisé, lequel prescrit de la médication visant à atténuer la douleur, de même qu'une radiographie thoracique. L'analyse de la radiographie révèle de multiples fractures costales.

En raison des fortes douleurs, une discussion a lieu avec un membre de la famille pour une augmentation des doses d'antalgique, lesquelles pourraient entraîner une décompensation et un décès. Suivant la discussion, le membre de la famille accepte l'augmentation des doses afin de soulager Mme [REDACTED]. Ainsi, la médication visant à la soulager est administrée.

Au cours des jours suivants, Mme [REDACTED] présente des symptômes de délirium. Par la suite, sa condition se stabilise, la douleur costale est contrôlée. Elle se mobilise avec assistance pour se rendre aux toilettes et mange de façon autonome. Le transfert en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est prévu pour le 20 février 2025.

Lors de la visite du 20 février 2025, le médecin s'interroge sur la présence d'un iléus secondaire à la prise de médication (une perturbation de la capacité propulsive normale de l'intestin) ou une subocclusion sur adhérences (un blocage partiel de l'intestin par des tissus cicatriciels). Il diffère le transfert en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et discute avec la famille, laquelle après les explications opte pour des soins de confort.

Ainsi, des soins de confort sont prescrits. Dans les jours qui suivent, la médication visant à soulager Mme [REDACTED] est administrée.

Le 24 février 2025, à 21 h 30, le décès de Mme [REDACTED] est constaté par un médecin du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Memphrémagog.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie par imagerie (tomodensitométrie sans contraste) est effectuée le 26 février 2025 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) — site Fleurimont. Dans son rapport, le radiologiste du Centre hospitalier régional de Lanaudière, spécialiste en imagerie post-mortem constate qu'il y a absence de foyer hémorragique intra ou extra-axial et il n'y a pas d'effet de masse au niveau de la tête. Au niveau du thorax, il y a présence d'un pneumothorax droit apical d'environ 1 cm probablement secondaire aux fractures costales. Ces fractures étaient visibles lors de l'évaluation du 19 février 2025.

Au niveau de l'abdomen, il y a présence de stase stercorale dominante au côlon ascendant et le cæcum sans qu'il n'y ait d'obstruction, de dilatation pathologique, des anses digestives ni phénomène occlusif.

Le rapport mentionne également la présence d'athéromatose de façon non négligeable.

ANALYSE

La *Loi sur les coroners* (RLRQ, c.C-68.01) interdit au coroner de se prononcer au terme de son investigation sur la responsabilité civile ou criminelle de quiconque. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la qualité des soins ou la compétence d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

Ce rapport résulte d'une investigation du coroner, telle que définie par la *Loi sur les coroners*. Il s'agit d'un processus privé ayant comme objectif de recueillir de l'information sur les causes et les circonstances du décès. Ce processus privé ne requiert pas l'audition de témoins et les faits ne sont pas présentés lors d'une audience publique.

Selon les informations recueillies, Mme [REDACTED] a été admise au Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog le 20 janvier 2025, en provenance de son domicile suite à une intervention du Centre local de services communautaires (CLSC). Mme [REDACTED] habite seule et depuis novembre 2024, son état s'est détérioré rendant son retour à domicile impossible. On indique au dossier clinique qu'il y a l'installation d'un trouble neurocognitif depuis cette date.

Elle souffre beaucoup au membre inférieur droit. Après analyse par le personnel médical, il appert qu'elle souffre de gonarthrose du genou droit. On constate également au dossier clinique qu'elle souffre entre autres d'ostéoporose fracturaire. Les autres pathologies étant sans lien avec la présente investigation, je n'en ferai pas mention.

C'est dans un contexte de signalement au Bureau du coroner en raison d'une chute dans les jours précédents son décès que cette investigation m'a été confiée.

Lorsque j'ai questionné le médecin quant au lien entre la chute et la cause du décès, celui-ci n'était pas en mesure de me confirmer si la chute a eu un impact sur le décès ni si les lésions liées à cette chute avaient été objectivées.

De plus, en raison des contentions devant être appliquées au fauteuil, le médecin n'était pas en mesure d'expliquer la chute alors qu'elle devrait être assise avec une ceinture pelvienne.

Dans ce contexte, j'ai procédé aux différentes expertises et à l'analyse du dossier.

Dans le cadre de mon analyse, j'apprends également par l'Infirmière de la gestion des risques et Qualité/Sécurité des soins et des services de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et du partenariat (DQEPP) que le dossier a été fermé sans recommandation concernant le traitement des chutes. Toutefois, ayant pris connaissance non seulement de la chute, mais des événements jusqu'au décès, je lui ai adressé mes préoccupations et j'ai échangé avec celle-ci sur ces éléments. D'autant plus que, dans le cadre de mon analyse, je constate que le niveau de soins apparaissant au dossier clinique jusqu'au 20 février 2025 était de niveau C, soit celui d'assurer le confort prioritairement à prolonger la vie. Ainsi, en application avec le niveau des soins des interventions susceptibles de prolonger la vie doivent être déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles.

Toutefois, le 20 février 2025, alors que devrait avoir lieu un transfert en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en raison d'une probabilité de iléus secondaire à la prise de médication prescrite pour soulager ses douleurs ou de subocclusion secondaire à des adhérences, après explications du médecin au représentant de la famille, le niveau de soin est modifié et Mme [REDACTED] est placée en soins de confort. La note au dossier clinique est très laconique. Il n'est pas possible de savoir ce qui a été expliqué à sa famille.

Je me questionne à savoir si le médecin avait en sa possession l'ensemble des informations permettant d'évoquer cette possibilité. En effet, quelles sont les informations qui lui ont été communiquées quant au fait qu'elle aurait ou non fait des selles pouvant permettre de croire à la subocclusion ou à l'iléus. En effet, l'infirmière de la gestion des risques et Qualité/sécurité des soins et des services m'a confirmé qu'il n'y a aucun protocole de surveillance de gestion des selles sur cette unité et que des recommandations ont été formulées à cet effet. Ainsi, nous devons nous fier à des notes apparaissant parfois ou non dans le dossier clinique.

Ainsi, le médecin indique dans sa note de visite du 20 février 2025 à 8 h 20 qu'il n'y a pas de selle et il s'interrogeait à ce sujet le 19 février 2025 à 17 h 40.

Pourtant, les notes des infirmières en date du 19 février 2025 indiquent la présence de 2 selles glaireuses, sans qu'il n'y ait d'autres mentions quant à l'importance de la glande présente.

Je me questionne donc sur l'information qui lui est communiquée et de la façon dont elle est communiquée.

Cette information est essentielle afin non seulement de lui permettre d'élaborer un plan de traitement approprié, mais également afin de bien cerner la condition médicale de son patient. Or, il n'y a aucune mention de la présence de selle ou d'éléments en lien avec une évaluation à ce sujet.

Je rappelle que c'est cette situation qui a différé le transfert en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) prévu le 20 février 2025 et qu'elle a conduit à un changement de niveau de soins et l'administration de soins de confort.

L'absence de protocole de surveillance de selles ou d'un mécanisme permettant la surveillance d'un effet secondaire connu lié à l'administration de médication visant à soulager la douleur me laisse perplexe. En effet, la monographie de ces produits indique qu'ils causent la constipation puisqu'ils ralentissent le mouvement des selles dans les intestins. Cette situation peut se corriger par l'administration de laxatif et l'ajustement de celui-ci.

À nouveau, l'infirmière de la gestion des risques et Qualité/sécurité des soins et des services me confirme qu'il n'y avait pas eu d'ajustement et que des recommandations ont été formulées à cet effet.

Quant à la chute du 6 février 2025, laquelle est la première de plusieurs chutes successives, je suis interrogative quant aux mesures mises en place. Certes, il n'y a pas eu de saignement intracrânien, toutefois je rappelle que les pupilles étaient asymétriques à compter de cette chute.

Qui plus est, je m'interroge quant à l'utilisation de la ceinture pelvienne (contention) autorisée par la famille dès le 8 février 2025. Comment explique-t-on que le 12 février 2025, Mme [REDACTED] est retrouvée au sol à côté du fauteuil et que la « grille d'analyse d'une chute » mentionne qu'elle s'est levée du fauteuil. On mentionne qu'elle ne suit pas les consignes. On indique au niveau environnemental que les freins n'étaient pas appliqués, mais en même temps on indique qu'elle n'utilisait pas l'aide à la marche. Ainsi, en lien avec la documentation soumise, devait-elle ou non porter une ceinture pelvienne ?

Si elle n'en avait plus besoin, qu'est-ce qui avait changé dans sa situation en 5 jours ? Il n'y a aucune indication à cet effet dans la documentation qui m'a été communiquée.

En rétrospective, il est plus aisé d'examiner la situation. Toutefois, l'absence de notes ou explications en lien avec les soins administrés à Mme [REDACTED] rend incompréhensible la conduite qui a été adoptée à l'endroit des éléments mentionnés dans le présent rapport d'investigation en lien avec l'utilisation de la ceinture pelvienne et les effets secondaires liés à la médication administrée à Mme [REDACTED] afin d'assurer son bien-être.

On est donc en droit de s'interroger si Mme [REDACTED] a fait l'objet de soins personnalisés à sa condition.

En effet, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c.S-4.2) prévoit que les usagers ont droit de recevoir des soins et services adéquats de façon personnalisée et sécuritaire.

Conséquemment, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation pour une meilleure protection de la vie humaine.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des suites de complications médicales dans le cadre de chutes de sa hauteur de façon répétitive.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je recommande :

Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (CIUSSS) — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), dont fait partie le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, de :

[R-1] Procéder à la révision du dossier de la personne décédée, dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués pour la période du 6 au 24 février 2025, respectaient les plus hauts standards de qualité et, le cas échéant, remédier à la situation en mettant en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge 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 Sherbrooke, ce 16 octobre 2025.

Me Kathleen Gélinas, coroner