

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-05880

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.

Dr Arnaud Samson
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-07-28 Date de l'avis	2025-05880 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████ Prénom à la naissance 98 ans Âge Saint-Augustin-de-Desmaures Municipalité de résidence	██████ Nom à la naissance Féminin Sexe Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-07-28 Date du décès CHSLD Jardins du Haut Saint-Laurent Lieu du décès	Saint-Augustin-de-Desmaures Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme ██████ résidait au CHSLD Jardins du Haut Saint-Laurent, où un niveau de soins de type D avait été établi en janvier 2025, reflétant une approche orientée vers le confort et le maintien de la qualité de vie. Elle a subi une première chute le 16 juillet 2025, qui ne semblait pas avoir entraîné de conséquences médicales immédiates notables.

Le 25 juillet 2025, vers 10 h, alors qu'elle se trouvait à la salle à manger du CHSLD, une douleur aiguë à l'épaule droite a été observée. Elle a alors été référée à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) pour évaluation. L'examen clinique et les examens d'imagerie ont permis de diagnostiquer une luxation de l'épaule droite ainsi qu'une fracture de la hanche gauche.

Compte tenu de l'ensemble de son état médical, notamment de son trouble neurocognitif avancé et de sa fragilité globale, une discussion a eu lieu entre l'équipe traitante et des membres de la famille. Un consensus a été atteint afin de poursuivre une approche palliative, centrée sur le confort et le soulagement des symptômes. Mme ██████ est retournée demeurer aux CHSLD Jardins du Haut Saint-Laurent.

Mme ██████ est décédée le 28 juillet 2025. Son décès a été constaté par le médecin de garde de l'établissement.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de Mme ██████ sont bien documentées dans son dossier clinique de l'urgence du CHUL, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Mme [REDACTED] a été admise au CHSLD Jardins du Haut Saint-Laurent où elle a résidé à compter de la mi-décembre 2024.

Ce centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est un établissement privé conventionné. Situé, à Saint-Augustin-de-Desmaures, il dispose de 221 places d'hébergement. La mission de cet établissement est d'offrir de façon permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes. Ces personnes, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

La revue du volet médical du dossier clinique au niveau des antécédents médicaux se résume à l'inscription de quatre lettres : TNCM (abréviation de trouble neurocognitif majeur). Une validation des antécédents médicaux a été effectuée auprès du médecin traitant : ce dernier n'indique aucune autre note concernant Mme [REDACTED] dans son dossier clinique volet médical relatif à son admission et son séjour au CHSLD.

Le niveau de soins de type D, orienté vers le confort, a été établi en concertation avec le mandataire de Mme [REDACTED], conformément à la procédure habituelle.

Le Collège des médecins a récemment rappelé¹ sur son site web (Actualités du Collège) qu'une note détaillant l'examen physique réalisé, l'évaluation clinique effectuée, les ordonnances délivrées et un résumé des discussions tenues avec la patiente, le patient ou son mandataire devrait être consignée au dossier d'un résident en CHSLD.

Le médecin traitant m'a indiqué que Mme [REDACTED] ne présentait « *aucun besoin médical particulier* » durant son séjour au CHSLD, qu'elle ne recevait « *aucun traitement actif* » et qu'aucun problème de santé aigu n'avait été relevé, hormis un trouble neurocognitif majeur. Il m'a précisé que les infirmières communiquent habituellement avec lui par texto ou par courriel pour les demandes de suivi clinique, mais qu'il n'a retrouvé aucun message ne la concernant pendant son séjour ni avant son décès. Selon lui, un examen clinique aurait été réalisé en début d'année 2025 (janvier ou avril) dans le cadre d'une « *évaluation médicale générale* », possiblement suivi d'un second examen clinique en juin, dont il ne peut préciser le motif, aucune note contemporaine n'ayant été retrouvée pour les deux rencontres cliniques.

L'analyse rétrospective des faits menant aux blessures identifiées met en évidence deux événements distincts, survenus à des moments différents, qui ont entraîné deux blessures accidentelles indépendantes. Leurs conséquences combinées ont mené au décès de Mme [REDACTED].

Le premier événement est bien documenté : le 16 juillet 2025, Mme [REDACTED] a chuté alors qu'elle se déplaçait sans son déambulateur pour se rendre à la salle à manger. Elle a perdu l'équilibre et est tombée sur la hanche gauche. Des soins lui ont été prodigués sur place. L'évaluation effectuée par le personnel n'a révélé ni douleur, ni déformation, ni atteinte particulière des membres. Une réévaluation post-chute, réalisée vers 11 h 30 par la physiothérapeute, a conduit aux mêmes constats et à la recommandation d'accroître la surveillance lors de ses déplacements.

¹ 21 août 2025 — Rappels et recommandations quant à la prise en charge clinique en CHSLD

Au cours des jours suivants, aucune modification notable de ses habitudes de marche, de ses activités ou de son comportement n'a été observée. Le personnel n'a pas noté de plainte douloureuse ni de signe laissant croire à une blessure persistante. Cette absence d'éléments cliniques nouveaux a conduit à conclure que la chute n'avait pas eu de répercussion fonctionnelle apparente.

Le second événement demeure difficile à situer avec précision. L'examen des enregistrements vidéo montre que, le 24 juillet, Mme [REDACTED] utilisait normalement son bras droit et ne présentait aucun signe particulier. Elle a passé la journée à la salle à manger, puis a été accompagnée par deux préposés lors de son transfert vers sa chambre à l'aide d'une technique de pivot à deux intervenants. Aucun signe de douleur ni comportement inhabituel n'a été observé par la suite, y compris durant la nuit et le lendemain matin lors des soins d'hygiène et du déplacement en fauteuil roulant vers la salle à manger.

Vers 9 h 45, l'éducatrice spécialisée a remarqué une asymétrie au niveau des épaules, la droite apparaissant plus basse. L'infirmier a alors procédé à une évaluation, et Mme [REDACTED] a été transférée à l'hôpital, où les examens radiologiques ont confirmé une luxation de l'épaule droite ainsi qu'une fracture de la hanche gauche.

La séquence des faits ne permet pas de déterminer le moment exact de la survenue de la luxation. Aucun traumatisme n'a été identifié. La luxation de l'épaule correspond au déplacement de la tête de l'humérus hors de la cavité de l'omoplate. Elle peut survenir à la suite d'un mouvement de traction, d'un appui mal orienté ou d'une torsion du bras, même sans impact direct ni chute. Ce type de lésion est favorisé par l'âge, la fragilité des tissus et la diminution du tonus musculaire.

La nature de la lésion (luxation) ne correspond donc pas à une fracture ni à une atteinte ostéoporotique, mais plutôt à un mécanisme articulaire survenu sans événement déclencheur manifeste.

La fracture de la hanche est possiblement survenue à la suite de la première chute documentée au dossier clinique de Mme. Il s'agit d'une fracture de fragilité, liée à la déminéralisation osseuse du très grand âge, qui survient lors d'un traumatisme à faible vitesse.

Le médecin traitant du CHSLD n'a été informé de la chute et de la fracture de fragilité de la hanche qu'après le décès de Mme [REDACTED]. Il n'avait pas non plus pris connaissance, avant ce moment, de la demande de suivi que l'urgentologue lui avait adressée. C'est alors qu'il a pris connaissance de la demande de suivi post-fracture, datée du 25 juillet 2025, transmise par l'urgence où Mme [REDACTED] avait été dirigée.

Les notes cliniques médicales de l'entièreté du séjour au CHSLD débutent fin juillet 2025 se résument aux notes des médecins de garde qui ont prodigué des soins à Mme [REDACTED] après l'apparition de la luxation de l'épaule et la fracture de la hanche.

J'ai procédé à une revue des examens disponibles dans le Dossier santé Québec (DSQ). Ceux-ci indiquent que Mme [REDACTED] présentait une athérosclérose aortique (dépôts de graisses et de calcium dans l'aorte, la principale artère du corps), des signes diffus de maladie pulmonaire obstructive chronique — MPOC (maladie des poumons qui rend la respiration difficile, souvent liée au tabac), ainsi qu'une cardiomégalie globale visible radiologiquement (augmentation de la taille du cœur observée aux examens d'imagerie). En 2023, elle avait subi une chute ayant entraîné une fracture de l'orbite droite et du nez (fractures du contour de

l'œil et du nez). Un bilan sanguin réalisé la même année montrait une insuffisance rénale modérée (fonctionnement diminué des reins) ainsi qu'une fonction thyroïdienne à la limite de la normale (activité de la glande thyroïde légèrement altérée).

Par ailleurs, un test génomique effectué le 27 juin a révélé une infection au picornavirus (il s'agit d'un test moléculaire qui analyse le matériel génétique prélevé, par exemple dans un écouvillon de gorge ou de nez, afin d'identifier avec précision le virus responsable).

Le Collège des médecins du Québec a publié en 2015 un guide : *La pratique médicale en soins de longue durée*². Ce guide propose un cadre de pratique médicale adapté aux CHSLD, où les résidents présentent des comorbidités multiples, une perte d'autonomie sévère et souvent des troubles cognitifs. Il insiste sur une évaluation médicale complète dès l'admission, la détermination d'un niveau d'intervention médicale (NIM), la tenue rigoureuse des dossiers, l'approche interdisciplinaire et la communication avec les proches. L'accent est mis sur la pertinence clinique des examens, la judiciousité des traitements préventifs, la gestion des symptômes fréquents (douleur, délirium, dysphagie, troubles du comportement) et l'accompagnement en fin de vie.

Le rapport d'Agrément Canada de janvier 2023 déposé pour le CHSLD souligne que la sécurité ainsi que la qualité des soins et des services offerts aux résidents constituent une priorité au sein de l'établissement. Les échanges que j'ai eus avec la direction du CHSLD confirment que la prestation des soins est bien organisée, et que plusieurs mécanismes sont en place afin de structurer la trajectoire de soins, la prise en charge et la prévention des chutes des résidents. Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens vient également d'y être créé.

Le décès de Mme [REDACTED] s'inscrit dans un contexte de grande fragilité, lié à son âge avancé, à un trouble neurocognitif majeur et à un niveau de soins de confort. L'analyse des événements montre que les mécanismes de prévention des chutes étaient déjà en place au sein du CHSLD : surveillance adaptée, accompagnement lors des déplacements, recours aux aides techniques et suivi par la physiothérapie. Ces mesures correspondaient aux standards de pratique et à l'état clinique de la résidente.

La chute survenue le 16 juillet 2025 est intervenue alors que Mme [REDACTED] se déplaçait de façon autonome, sans aide technique, situation difficile à prévoir ou à éviter dans un milieu de vie où la mobilité fait partie intégrante du maintien des capacités fonctionnelles. Les lésions subséquentes et leurs complications doivent être comprises dans cette dynamique : elles résultent d'une vulnérabilité physiologique extrême plutôt que d'une absence de mesures préventives.

Ainsi, la recommandation formulée dans ce dossier ne vise pas la prévention d'un geste ou d'un incident isolé. Elle met plutôt l'accent sur le renforcement de la continuité du suivi médical et sur la rigueur documentaire, deux leviers concrets pour améliorer la sécurité et la qualité des soins de façon durable. Une documentation complète, un suivi médical structuré et une communication constante entre les intervenants permettent d'assurer une meilleure cohérence clinique et un repérage plus précoce des changements d'état de santé chez des personnes très vulnérables.

² Collège des médecins du Québec. *La pratique médicale en soins de longue durée*. Montréal : CMQ, avril 2015, 62 p. ISBN 978-2-9815140-1-1

Cette approche s'inscrit dans une vision préventive à long terme : elle soutient la qualité des pratiques, la traçabilité des décisions cliniques et, ultimement, la protection de la vie humaine dans les milieux d'hébergement de longue durée.

À la lumière de mon investigation, et dans un souci constant de meilleure protection de la vie humaine, je formulerai une recommandation en lien avec la prise en charge médicale et la tenue d'un dossier clinique, notamment en ce qui concerne l'évaluation globale et le suivi clinique de l'état de santé d'une personne de 98 ans depuis son admission au CHSLD.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

L'ensemble des éléments recueillis indique que Mme [REDACTED] a présenté une altération clinique de son état à la suite d'une fracture de fragilité de la hanche et une luxation de l'épaule. En considérant l'analyse des circonstances qui entourent le décès, je conclus à un décès naturel.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des suites de complications médicales survenues après une fracture de fragilité de la hanche, consécutive à un traumatisme à faible vitesse et une luxation de l'épaule subséquente.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, dont fait partie le CHSLD Jardins du Haut Saint-Laurent** :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge médicale et des soins dispensés à la personne décédée lors de son séjour en CHSLD et, le cas échéant, s'assure que le CHSLD mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les échanges avec les professionnels impliqués ;
- Les échanges avec le mandataire impliqué ;

Je soussigné, coronier, 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 3 novembre 2025.

Dr Arnaud Samson, coronier

Version anonymisée