

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-04089

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		
2025-05-22 Date de l'avis	2025-04089 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
77 ans Âge	Masculin Sexe	
Lac-Mégantic Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-05-22 Date du décès	Lac-Mégantic Municipalité du décès	
CSSS du Granit Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Monsieur ██████████ est identifié visuellement par un proche en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 9 mai 2025, vers 1 h 50, un membre du personnel de soins effectue une tournée et découvre M. ██████████ au sol de sa chambre sur le côté droit. M. ██████████ verbalise être tombé en désirant aller « à la toilette ». Il verbalise de la douleur au niveau de la hanche droite et est incapable de déplier les jambes complètement. Il ne présente aucune autre douleur, ni de mal de tête.

Dans le cadre de l'évaluation par le membre du personnel de soins, il n'y a aucune déformation à la palpation. M. ██████████ est incapable d'étirer et déplier les jambes au complet. Les 2 pieds semblent bien alignés et ils ne sont pas tournés vers l'intérieur. Les signes vitaux sont évalués et M. ██████████ est remis au lit en position hamac. Un suivi post-chute est mis en place et à titre de mesure préventive, il est décidé de mettre en place un tapis de gestion de mobilité.

Vers 9 h, un membre de la famille de M. ██████████ est contacté afin d'être informé de la chute. Celui-ci indique ne pas vouloir d'analyses et expertises supplémentaires car « la douleur au membre inférieur est connue et habituelle ».

Le médecin de garde est également contacté. En raison des informations qui lui sont communiquées par le membre du personnel de soins, il est « en accord avec la mise en charge car M. se mobilise les jambes (hanche/bassin) sans inconfort présente douleur aux genoux et n'arrive pas à déplier les genoux non en relation avec la chute ».

Dans les heures et jours qui suivent, M. ██████████ présente de la douleur au membre inférieur droit. Il présente beaucoup de douleur à la mobilisation. Les transferts du fauteuil vers le lit sont très difficiles et doivent être fait à la toile car M. ██████████ n'est pas en mesure de se mobiliser.

Le 11 mai 2025, le médecin de garde est contacté pour lui faire part de la douleur de M. ██████████ et la médication est modifiée de façon à lui apporter du soulagement.

Le 14 mai 2025, une ecchymose à la hanche droite est visualisée. M. [REDACTED] « présente pas ou peu d'évolution » depuis le 9 mai 2025. Le médecin traitant est avisé, lequel se rend au chevet de M. [REDACTED], le même jour, pour une évaluation.

Dans le cadre de son évaluation, il constate qu'il n'y a pas de déformation à la jambe et que M. [REDACTED] bouge les 2 pieds. Il se plaint de douleur. Il ne s'est pas mobilisé depuis sa chute. Il ne s'est levé qu'une seule fois et doit être mobilisé à la toile. Un membre de sa famille présent au moment de l'évaluation indique qu'il y a une grande détérioration de M. [REDACTED] depuis l'admission dans cette unité. Ce membre de la famille mentionne qu'habituellement, il est en mesure d'avoir une conversation, ce qui n'est plus le cas. En raison de la diminution de la mobilité, même en l'absence d'évidence franche de fracture, et des propos tenus par le membre de la famille concernant la dégradation rapide de l'état de M. [REDACTED] et de sa mobilité suivant cette chute, le médecin prescrit des expertises complémentaires.

Ainsi, la radiographie effectuée le même jour révèle une fracture sous capitale à la hanche droite avec léger déplacement céphalade du fémur proximal.

Le 15 mai 2025, à 5 h 35, M. [REDACTED] accuse de la douleur et est peu soulagé. À 7 h 15. Le médecin traitant est avisé. Le médecin contacte un membre de la famille pour lui faire mention des résultats de la radiographie et du déclin de M. [REDACTED].

À cette occasion, y sont également abordées les différentes options de traitement. Le membre de la famille ne désire pas de chirurgie, laquelle nécessiterait également un transfert d'établissement tant pour la réaliser ainsi que pour la réhabilitation. Il opte plutôt pour que le contrôle de la douleur de M. [REDACTED] soit priorisé.

Le 15 mai 2025, à 17 h 20, M. [REDACTED] est retrouvé assis à genou par terre, les bras au lit. Il ne sait pas comment cet événement s'est produit, il semble avoir glissé de son lit. Puisque les bras étaient toujours sur le lit et effectuaient une pression, le tapis de gestion de mobilité ne s'est pas déclenché.

Dans les jours qui suivent, en raison des douleurs persistantes et en augmentation, la médication est administrée en conformité avec ce qui a été établi.

Le décès de M. [REDACTED] est constaté, par un médecin, le 22 mai 2025 à 20 h, au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont documentées dans son dossier clinique du Centre de santé et de services sociaux du Granit, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonnée aux fins de la présente investigation.

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, le 22 février 2022, M. [REDACTED] avait été admis au Centre de santé et de services sociaux du Granit en provenance de son domicile dans un contexte de diminution de l'autonomie et augmentation des pertes cognitives. Il nécessite à ce moment de l'aide pour toutes activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique. Une demande de relocalisation a été formulée vers un CHSLD.

On note au dossier clinique qu'il souffre, notamment, de trouble neurocognitif majeur modéré-sévère vasculaire avec syndrome comportemental et psychologique de la démence, secondaire, d'hyperthyroïdie, de syndrome des jambes sans repos, d'hypertension artérielle, de douleurs chroniques au membre inférieur gauche secondaire à une profusion discale, et de maladie cardiaque athérosclérotique.

Au moment de son admission au centre hospitalier, le 22 février 2025, M. [REDACTED] a fait l'objet d'une évaluation du risque de chute. Celui-ci présente un risque de chute élevé. Un tapis de gestion de la mobilité est mis en place, celui-ci devant être fonctionnel en tout temps. Ces informations sont indiquées au « Plan thérapeutique infirmier ».

En raison de douleurs persistantes au membre inférieur gauche, une infiltration a été effectuée en mars 2025, ce qui a permis de soulager la douleur pendant une certaine période.

En cours de séjour, le 15 avril 2025, en raison de l'amélioration des capacités physiques, une réévaluation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est effectuée. Malgré le changement dans plusieurs catégories de l'évaluation : il fait ses transferts seul, il se déplace seul dans les corridors, il bénéficie d'un système de gestion accroché sur lui pour lui rappeler de prendre sa marchette, mais le profil demeure le même. Dans ce contexte, le retour à domicile ne peut être envisagé et une demande de relocalisation est effectuée à nouveau vers un CHSLD.

C'est ainsi que le 7 mai 2025, à 10 h 15, M. [REDACTED] est transféré vers l'Unité des soins de longue durée du CSSS du Granit (4^e étage), dans le même immeuble que celui où il se trouve hospitalisé. Le rapport est transmis à l'infirmière responsable au moment du transfert. Le plan de connaissance du résident mentionne l'incontinence de M. [REDACTED] et de la nécessité d'une aide à l'élimination par une routine mictionnelle.

Aucune évaluation du risque de chute ou de mise en place de moyens de contrôle visant à prévenir les risques de chute n'est effectuée au moment de ce transfert d'unité.

Dès le 8 mai 2025, non seulement la douleur à la hanche gauche est indiquée au dossier mais il est également mentionné qu'il a une « démarche hésitante ». Il fait de « petits pas saccadés ». Il utilise la cloche d'appel, mais il a une « démarche non sécuritaire », il fait des rétro-pulsions (un mouvement du corps vers l'arrière) et des « petits pas tremblants ».

C'est en prenant connaissance des notes d'observation des infirmières que j'ai souhaité constater l'évolution de l'analyse du risque de chute, puisqu'avant son entrée dans cette unité, la situation semblait améliorée. Or, j'ai constaté l'absence d'analyse du risque de chute au dossier de M. [REDACTED] qui m'a été communiqué.

L'infirmière Gestion qualité et sécurité des usagers/Qualité et sécurité des soins et des services me confirme qu'aucun « Plan thérapeutique infirmier n'a été complété à l'admission de M. [REDACTED] sur cette unité, ni d'évaluation du risque de chute ».

Conséquemment, les mesures connues de prévention des chutes propres à M. [REDACTED] tel que la mise en place d'une tournée d'élimination et l'installation d'un tapis de gestion de la mobilité n'ont pu être appliquées, contribuant ainsi à la chute du 9 mai 2025. En effet, c'est en voulant se rendre aux toilettes que M. [REDACTED] a chuté. Ce n'est que le 15 mai 2025 que les membres du personnel ont pris connaissance des informations reçues lors de l'admission concernant les mesures de prévention à mettre en place pour M. [REDACTED], tel qu'il apparaît à la déclaration d'incident ou d'accident complétée à cette date.

Dans le cadre de mes discussions avec l'infirmière Gestion qualité et sécurité des usagers/Qualité et sécurité des soins et des services, j'ai été informé qu'un plan d'amélioration rencontrant notamment mes préoccupations a été mis en place afin de s'assurer d'effectuer le transfert d'information en temps opportun ce qui aura pour effet de mettre en place les mesures préventives de chute efficaces dans les secteurs précédents l'admission dans l'Unité de soins de longue durée.

Ainsi, je ne formulerai pas de recommandations quant à ces aspects.

Néanmoins, je demeure préoccupée quant à l'évaluation de la lésion subie par M. [REDACTED] et le temps écoulé avant d'aviser le médecin relativement au déclin de M. [REDACTED] en raison de l'état persistant de sa douleur suite à la chute du 9 mai 2025. En effet, pendant son hospitalisation préalable au transfert d'unité, soit du 22 février 2025 au 7 mai 2025, M. [REDACTED] présentait des douleurs au membre inférieur *gauche*. C'est d'ailleurs ce membre qui a fait l'objet d'une infiltration pour limiter les douleurs. Également, suite au transfert d'unité du 7 mai 2025 jusqu'à la chute, les douleurs sont localisées au membre inférieur *gauche* et les soins sont administrés en conséquence.

Je note que suite à la chute du 9 mai 2025, les douleurs sont localisées au membre inférieur *droit*. Selon les informations communiquées, la conduite médicale à adopter peut être très différente. Sommes-nous en présence de la situation habituelle, connue et documentée, auquel cas il s'agit de soulager le patient où nous sommes plutôt en présence d'un nouveau site de douleur nécessitant une évaluation clinique ? Lorsque l'on contacte les proches ou d'autres intervenants, dont le médecin, il est important d'être précis quant à la localisation du site de douleur pour éviter toute confusion. Dans ce cas-ci le site de douleur est le membre inférieur *droit* et non le *gauche*, tel que connu et documenté dans le dossier clinique.

Conséquemment, je me questionne donc si cette information a été communiquée au médecin de garde contacté le 9 mai 2025, de même qu'au membre de la famille qui a été avisé de la chute. Ce changement de site de douleur m'apparaît significatif.

Pour choisir un traitement approprié, le médecin doit poser un diagnostic différentiel à l'aide d'une démarche clinique adaptée à la situation, laquelle peut se faire à l'aide de questionnaire, examen physique ou mental et d'examens paracliniques au besoin. Lorsqu'il fonctionne à l'aide de questionnaire, le médecin doit être en mesure de se fier à l'information qui lui est communiquée. Dans le présent cas, il y a lieu de s'interroger. Est-ce que l'information qui lui a été communiquée était incomplète ou erronée ? Pourquoi le personnel de soins attend 3 journées supplémentaires avant de contacter le médecin alors qu'il n'y a aucune

amélioration de la condition de M. [REDACTED] et qu'il ne se mobilise plus, contrairement à avant la chute ?

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.

Dans ce contexte, une personne qui est hospitalisée doit recevoir un accompagnement de qualité, ce qui implique de mettre en place et effectuer les évaluations nécessaires pour assurer des soins de qualité. Pour ces raisons, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations.

Une chute qui provoque une fracture de la hanche s'exprime par une douleur intense. Lorsque survient une fracture de la hanche, si les morceaux d'os cassés se sont séparés, les personnes ne peuvent pas marcher, se tenir debout ou bouger la jambe. Lorsqu'elles sont en position couchée, la jambe affectée peut sembler plus courte. Néanmoins, si les morceaux cassés ont été coincés ensemble et que la fracture est petite, les personnes peuvent parfois marcher, car la douleur est légère et la jambe semble normale.

Dans le cas d'une chute, si une grosse quantité de sang fuit de la fracture ou du vaisseau sanguin déchiré, la zone peut gonfler et un hématome violacé peut se développer, signifiant alors une perte de volume sanguin. Selon la taille et le poids de la personne, le corps humain contient entre 5 et 6 litres de sang. Une fracture de la hanche est susceptible d'engendrer des pertes de sang de plusieurs litres. Cette situation n'est pas toujours visible, même lors d'un examen externe, car le sang demeure séquestré à différents endroits dans le corps, en fonction de l'endroit où le vaisseau sanguin a été rupturé.

Lorsqu'une personne subit un traumatisme avec dommage corporel, telle une fracture, cela peut avoir des conséquences physiques et émotionnelles importantes. Les blessures peuvent varier en gravité, allant de blessures mineures à des lésions graves, et peuvent affecter différentes parties du corps.

Face à ces conditions cliniques, le personnel médical doit discuter des décisions thérapeutiques afin d'améliorer la qualité de vie d'une personne et de soulager ses symptômes. Les soins de confort, également connus sous le nom de soins palliatifs, ne consistent pas en un abandon des soins médicaux. Il s'agit d'une approche qui vise à soulager la douleur, à améliorer le confort et à maintenir la dignité d'une personne lorsqu'il n'est pas possible de guérir complètement sa condition. Il est important de rappeler qu'ils sont une approche complémentaire visant à soutenir et à accompagner une personne dans sa condition, en veillant à ce qu'elle bénéficie d'un maximum de confort et de soutien.

CONCLUSION

Monsieur [REDACTED] est décédé des complications médicales apparues après une fracture de la hanche causée par une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine,

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie**, dont fait partie le **Centre de santé et des services sociaux du Granit** 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 respectaient les plus hauts standards de qualité et, s'il y a lieu, mettre en place des mesures correctives afin d'assurer des soins de qualité.

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 7 janvier 2026.

Me Kathleen Gélinas, coroner