

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-05434

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 Richard Drapeau
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-07-13 Date de l'avis	2025-05434 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
80 ans Âge	Féminin Sexe	
Sherbrooke Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-07-13 Date du décès	Sherbrooke Municipalité du décès	
Hôpital et CHSLD Argyll Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée visuellement par un membre du personnel médical.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 9 juin 2025, vers 13 h 35, Mme ██████████ marche dans un corridor de l'Hôpital et CHSLD Argyll où elle habite. Tout à coup, elle se met à courir sans raison particulière puis perd l'équilibre et tombe. Elle souffre alors de douleurs à un bras, à une joue et au nez. Une radiographie confirme une fracture de l'humérus gauche. Il s'agit d'une petite fracture qui semble avoir un bon potentiel de guérison. Le 5 juillet 2025, Mme ██████████ fait de la fièvre puis il y a dégradation rapide et généralisée de son état physique et psychique (syndrome de glissement).

Le décès de Mme ██████████ est constaté par un médecin le 13 juillet 2025.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions et lésions qui ont entraîné le décès de Mme ██████████ sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital et CHSLD Argyll, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'est ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Mme ██████████ était une femme de 80 ans ayant plusieurs antécédents médicaux comprenant notamment un trouble neurocognitif, de la dépression et des chutes multiples. Le trouble neurocognitif et les antécédents de chutes sont considérés être des facteurs de risque de chute.

Selon le dossier clinique de Mme ██████████, celle-ci prenait différents médicaments, dont un psychotrope et un antidépresseur. Il s'agit de deux types de médicaments étroitement liés aux chutes.

Au mois de mai 2024, une évaluation du risque de chute de Mme [REDACTED] avait été complétée en utilisant l'Échelle de dépistage de chutes *Morse*. Selon cette évaluation, le risque de chute était élevé en considérant notamment les antécédents de chute, la présence de plusieurs diagnostics, l'état mental de Mme [REDACTED], un problème aux pieds, la prise de certains médicaments et l'âge.

Malgré le risque élevé de chute déterminé en mai 2024, le plan thérapeutique infirmier (PTI) ne contient aucune mesure de prévention de chute en temps opportun. En effet, selon le PTI, le suivi clinique de l'évaluation du risque de chute élevé avait été fait le 8 novembre 2024 soit environ six (6) mois après l'évaluation. Les mesures à mettre en place selon ce suivi clinique étaient de s'assurer que le lit est au plus bas, que les freins de celui-ci étaient bloqués, de dégager l'environnement et de s'assurer que Mme [REDACTED] porte ses lunettes et des souliers fermés ou des bas antidérapants.

Qu'est-ce qui explique ce délai entre l'identification du risque élevé de chute et les mesures inscrites au PTI. Est-ce vraiment le délai entre l'identification du risque et la mise en place des mesures ? Mme [REDACTED] a chuté à au moins à quatre (4) reprises dans cet intervalle.

Après le 8 novembre 2024 (identification des mesures au PTI), Mme [REDACTED] a chuté les 29 janvier 2025, deux fois le 22 février 2025, le 11 mars 2025, le 21 mars 2025 et le 10 mai 2025. Malgré cela, il n'y a pas d'indication que les mesures de prévention des chutes ont été « révisées ». Dans les bonnes pratiques, lorsque survient une chute, l'équipe doit se questionner sur les circonstances de cette chute et si les mesures de prévention des chutes déjà en place sont efficaces ou si elles doivent être ajustées.

Dans le cadre d'un événement sentinelle en gestion des risques, une analyse avait été faite par un spécialiste en activités cliniques – Qualité et sécurité des soins et services aux usagers de la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Suite à cette analyse, aucune recommandation n'avait été émise dans le présent dossier considérant que la chute du 9 juin 2025 était un cas exceptionnel et imprévisible. Malgré cela, le spécialiste avait émis une piste d'amélioration adressée à la chef de l'unité de faire un rappel aux infirmières de documenter la révision des mesures de prévention des chutes au dossier des résidents suite à une chute.

Dans le passé, dans deux autres dossiers, deux (2) recommandations avaient été faites à cette unité de l'Hôpital et CHSLD Argyll soit :

- Auditer les PTI des usagers d'Argyll 3 afin de s'assurer que les mesures de prévention des chutes sont documentées au PTI.
- Planifier une analyse de cas sous forme d'activité clinique pour soutenir le personnel infirmier à identifier les risques de chutes chez les résidents durant leur période d'hébergement, d'appliquer des mesures préventives adaptées et les documenter au PTI ou dans les notes évolutives lorsqu'il n'y a pas de changement.

Ces recommandations devaient être réalisées en date du 1er juillet 2025.

À la lumière de ces recommandations, il m'apparaît important de réviser la prise en charge médicale de Mme [REDACTED] afin d'assurer l'application de mesures de prévention dans les meilleurs délais. J'ai eu l'opportunité de discuter de cette recommandation avec les instances concernées.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des complications médicales apparues après une fracture de l'humérus gauche causée par une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie, dont fait partie l'Hôpital et centre d'hébergement et de soins de longue durée Argyll** :

[R-1] révise la qualité de la prise en charge des soins prodigués à la personne décédée pour la période de mai 2024 jusqu'à juillet 2025, et le cas échéant, mette en place et applique des mesures appropriées en vue d'améliorer la prise en charge des usagers en pareilles circonstances, notamment en matière d'évaluation des risques de chute, de l'identification des mesures de prévention et de la documentation de celles-ci aux dossiers des usagers.

Je soussigné, 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 22 décembre 2025.

Me Richard Drapeau, coroner