

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2025-07155

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.

Dre Mylène Servant  
Coroner

**BUREAU DU CORONER**

2025-09-13

Date de l'avis

2025-07155

N° de dossier

**IDENTITÉ**

Prénom à la naissance

80 ans

Âge

Sherbrooke

Municipalité de résidence

Nom à la naissance

Féminin

Sexe

Québec

Province

Canada

Pays

**DÉCÈS**

2025-09-13

Date du décès

CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke

Lieu du décès

Sherbrooke

Municipalité du décès

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

Mme [REDACTED] a été identifiée visuellement par un proche.

**CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

Le 6 septembre 2025, Mme [REDACTED] est retrouvée dans la salle de bain de sa chambre du centre d'hébergement Youville. Elle présente une laceration au niveau de la tête et est incapable de se relever. Lorsque le personnel l'aide à se relever, elle déclare avoir une forte douleur à la jambe gauche. Il n'est pas possible d'obtenir une histoire claire à propos de la chute.

Conformément au niveau de soins consigné, Mme [REDACTED] est amenée à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour une évaluation de ses blessures. Au bilan, on trouve une fracture de la hanche gauche isolée.

Considérant l'ensemble des conditions médicales de Mme [REDACTED], l'équipe traitante et des membres de la famille optent pour des soins palliatifs. Elle décède le 13 septembre 2025, en soirée, tel que constaté par le médecin des soins palliatifs.

**EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

**ANALYSE**

Mme [REDACTED] était suivie par un médecin de famille, mais les visites de suivi étaient ponctuelles. Selon ses proches, elle avait commencé à présenter certaines pertes cognitives depuis 2020.

## Évaluation initiale de l'état cognitif

Un test d'aptitudes cognitives appelé MoCA (Montreal Cognitive Assessment) lui avait été administré en 2021. Ce test a pour objectif essentiel le dépistage des personnes qui vivent une atteinte neurocognitive. Les épreuves qui y sont proposées sont souvent plus complexes que celles retrouvées dans le test classique, soit le Folstein ou MMSE (Mini-mental state evaluation). En juin 2021, Mme [REDACTED] avait coté 26/30 au Folstein et 15/30 au MoCA, soit une atteinte cognitive légère à modérée. Le rendez-vous de suivi médical suivant avait eu lieu en février 2023 et, selon les notes médicales, un diagnostic de trouble neurocognitif n'avait pas été officiellement énoncé et pris en charge à ce moment. Mme [REDACTED] niait ses pertes cognitives et expliquait ses faibles résultats aux tests par de l'anxiété. Trois semaines après cette visite, le médecin de famille de Mme [REDACTED] se réorientait et il transférait son dossier à un collègue. Le rendez-vous subséquent avec son nouveau médecin avait eu lieu en novembre 2023, soit 9 mois plus tard.

Entre-temps, en septembre 2023, Mme [REDACTED] avait présenté un épisode de faiblesse qui l'avait amenée à l'hôpital. Elle présentait alors des éléments de dénutrition sur un faible apport alimentaire. Le test de MoCA avait alors été rapporté à 16/30. Après trois semaines d'hospitalisation, devant ses pertes fonctionnelles progressives objectivées par différents professionnels, elle avait perdu le droit de conduire et était déménagée en résidence pour personnes âgées avec services.

Les démences sont habituellement accompagnées de déficits cognitifs, de troubles de la pensée et de changement de personnalité qui provoquent souvent des changements dans le comportement chez la personne âgée qui en est atteinte. Ce groupe de manifestations est appelé symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD). Plus précisément, les SCPD comprennent les comportements qui affectent négativement la personne elle-même et son entourage, pouvant parfois devenir une cause de danger pour elle-même ou pour les autres. Mme [REDACTED] avait présenté des changements de comportement, de l'anxiété et des idées paranoïdes en janvier 2024. Un traitement de ses symptômes avait alors été débuté. En août 2024, lors d'une discussion téléphonique de suivi avec ses proches, il avait été rapporté peu d'amélioration des symptômes paranoïdes avec le traitement et des pertes cognitives progressant toujours. Une première chute avait aussi été rapportée.

## Accélération des pertes fonctionnelles

Mme [REDACTED] avait été amenée à plusieurs reprises à l'hôpital dans les mois suivants, soit en décembre 2024, en janvier, février, juin, août et finalement lors de son hospitalisation du 6 septembre 2025 pour syncope et/ou des chutes. Ses facteurs de risque de chute incluaient la démence, mais aussi ses autres conditions de santé et leurs traitements, principalement la chute de la pression artérielle aux changements de position. Mme [REDACTED] refusait régulièrement la mise en place des bas compressifs, présentait des comportements téméraires et oubliait les consignes de sécurité en lien avec ses déplacements.

## Prise en charge

En janvier 2025, Mme [REDACTED] avait rencontré un gériatre en clinique externe afin d'évaluer son état et d'assurer les soins adaptés. Le 16 juin 2025, lors de la visite de suivi, et au lendemain d'une consultation à l'urgence, le gériatre avait déterminé la nécessité de

soins plus importants que ne pouvait l'offrir sa résidence actuelle. Elle avait alors été admise dans une unité de courte durée gériatrique (UCDG) pour permettre une évaluation et des soins adaptés.

Vu ses besoins, au congé de l'UCDG Argyll en date du 11 août 2025, Mme [REDACTED] s'était installée dans une nouvelle résidence pour aînés sur une unité avec soins. Sept jours plus tard, alors qu'elle aurait perdu l'équilibre en voulant ouvrir la porte à un soignant, elle avait chuté. Vu la possibilité d'un impact crânien, elle avait alors été transférée à l'hôpital pour l'évaluation de ses blessures. Aucun saignement cérébral significatif n'avait alors été mis en évidence aux examens radiologiques. Devant des douleurs persistantes au niveau des bras, des examens complémentaires avaient rapporté la présence de fractures au niveau des deux épaules. Il est évident que la réadaptation de blessures des deux bras allait être complexe et un transfert en réadaptation au Centre d'hébergement Youville avait alors été organisé. Après cette période de réadaptation, elle devait retourner à sa nouvelle résidence, mais elle a plutôt chuté en date du 6 septembre, soit 7 jours après son admission, déclenchant les évènements menant à son décès.

### **Pistes de réflexion**

Mme [REDACTED] aura subi pas moins de quatre relocalisations en deux ans. Je me questionne sur les interventions possibles auprès d'une personne considérée comme une grande utilisatrice des soins de santé pour cause de perte d'autonomie. L'identification d'une personne de type intervenant-pivot dans ce genre de situation aurait-elle été une option réalisable ? Un intervenant pivot en gériatrie est un professionnel de la santé qui aide les personnes âgées et leurs proches à naviguer dans le système de soins et de services sociaux. Son rôle est de coordonner les services, d'évaluer les besoins (physiques, sociaux, affectifs), de fournir de l'information personnalisée et d'assurer un soutien adapté. Ce service existe dans le réseau de soins de Sherbrooke. Il appert qu'il serait opportun d'en rappeler le rôle et les critères de référence aux professionnels du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) œuvrant auprès de la clientèle gériatrique. Je ferai une recommandation à ce sujet.

Un projet pilote était aussi en organisation dans chacun des milieux universitaires de santé entre 2023 et 2025 afin de créer des ponts entre les gériatres et la première ligne de soins. Ce programme favorisant l'accès aux gériatres se voulait du même coup un outil de prévention visant à prolonger le maintien à domicile des aînés en évitant le plus possible la détérioration de leur état de santé et les visites à l'urgence. Ce projet n'est pas encore implanté et le financement pour cette offre de service a récemment été remis en question via l'abolition de l'organisme responsable du financement. Il serait regrettable qu'il soit abandonné. Si c'est le cas, il est important pour Santé Québec de réfléchir aux conséquences de cet abandon. Afin d'alimenter l'analyse et leur réflexion quant à l'importance de l'accessibilité aux soins gériatriques dans le contexte de la limitation des ressources, ce rapport leur sera transmis à titre informatif.

À la suite de discussions que j'ai eues avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CIUSSS de l'Estrie, le décès de Mme [REDACTED] a été analysé comme évènement sentinelle. Je leur laisse le soin de déterminer les recommandations à appliquer, le cas échéant.

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 la hanche 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 — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke** :

**[R-1]** Fasse un rappel aux professionnels en contact avec la clientèle gériatrique en début de perte d'autonomie de l'importance de référer pour une prise en charge par un intervenant pivot spécialisé afin d'assurer une meilleure communication avec les proches et une prise en charge globale.

## **SOURCES D'INFORMATION**

Le présent rapport s'appuie sur les dossiers cliniques de la personne décédée.

---

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 Longueuil, ce 16 janvier 2026.

Dre Mylène Servant, coroner