

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-03717

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.

M^e Isabelle East-Richard
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-05-08 Date de l'avis	2025-03717 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
81 ans Âge	Féminin Sexe	
Québec Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-05-08 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Hôpital Saint-François d'Assise Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par un proche, lequel était à son chevet à l'hôpital.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Âgée de 81 ans, Mme ██████████ demeurait dans l'unité de soins de la résidence privée pour aînés Chartwell L'Envol.

Le 30 avril 2025, vers 23 h 20, Mme ██████████ a été retrouvée sur le plancher de sa chambre par un préposé aux bénéficiaires de la résidence qui effectuait sa tournée. Elle était couchée sur le côté gauche, près du lit, et sa tête était accotée dans la garde-robe. Comme Mme ██████████ présentait des tremblements ainsi que de la douleur au niveau de la hanche droite, un appel au 911 a été fait à 23 h 43. Une fois arrivés sur les lieux, les ambulanciers ont constaté une rotation externe de la jambe droite et des difficultés à la mobiliser. Mme ██████████ a donc été amenée à l'Hôpital Saint-François d'Assise.

Les radiographies effectuées à l'hôpital ont permis de constater la présence d'une fracture de la hanche droite.

Considérant l'ensemble des conditions médicales de Mme ██████████, il a été convenu, après discussion avec les proches, d'administrer des soins palliatifs. À compter du 3 mai 2025, un syndrome de glissement s'est progressivement installé. En effet, elle était davantage somnolente et refusait de s'hydrater ainsi que de s'alimenter, ce qui a occasionné une dégradation rapide de son état.

Mme ██████████ est décédée dans la nuit du 8 mai 2025, tel que constaté par l'infirmière le même jour à 1 h.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions et lésions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] étaient suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital Saint-François d'Assise, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Suivant l'étude des dossiers cliniques de Mme [REDACTED], je retiens, à titre d'antécédents médicaux pertinents, un trouble neurocognitif mixte modéré à sévère et un schwannome vestibulaire probable (tumeur bénigne du nerf auditif). Il est également mentionné au sommaire d'hospitalisation de l'Hôpital Saint-François d'Assise que Mme [REDACTED] souffrait d'ostéoporose fracturaire. Toutefois, je n'ai retracé aucune autre note médicale à ce sujet ni examen en faisant état.

De plus, selon les proches de Mme [REDACTED], celle-ci était connue pour faire des chutes. Plus particulièrement, elle présentait une mobilité réduite et nécessitait de l'aide pour se lever du lit. Elle se déplaçait avec une marchette et des rampes avaient été installées par ses proches dans son logement afin de l'aider à se déplacer. Des cloches d'appel se trouvaient dans la chambre ainsi que dans la salle de bain. Elle avait également un bracelet de télésurveillance (anti-chute), mais elle ne le portait pas en tout temps. Le trouble neurocognitif dont elle était atteinte faisait en sorte qu'elle oubliait de le mettre et ne savait plus quelle était son utilité.

Suivant l'analyse du dossier clinique de Mme [REDACTED] détenu par la résidence, il appert que six (6) chutes ont fait l'objet de rapports de déclaration d'incidents et d'accidents entre mars et décembre 2023. Aucune chute n'a été déclarée en 2024, mais selon les proches, ils auraient été avisés de la survenance de chutes. Outre la chute du 30 avril 2025, une autre chute a été déclarée en février 2025. Cette chute avait d'ailleurs mené à l'hospitalisation de Mme [REDACTED] en raison de fractures costales.

Une évaluation du risque de chute avait été faite par la résidence lors de l'admission de Mme [REDACTED] en août 2022. Un risque de chute élevé avait alors été noté. Cette évaluation a par la suite été mise à jour en février 2023 ainsi qu'en mars 2024 et le risque de chute a été abaissé au niveau modéré. Or, il appert que les six (6) chutes déclarées entre mars et décembre 2023 n'ont pas été prises en considération lors de la dernière évaluation du risque de chute effectuée en mars 2024. J'y reviendrai ultérieurement.

En ce qui concerne la chute du 30 avril 2025, elle est survenue en l'absence de témoins et dans des circonstances inconnues. En effet, compte tenu de l'atteinte cognitive qu'elle présentait, Mme [REDACTED] n'a pas été en mesure de répondre aux questions posées, faisant en sorte qu'il est impossible de connaître les circonstances exactes de sa survenance. L'hypothèse d'un comportement téméraire a été avancée par les médecins de l'hôpital afin d'expliquer la survenance de la chute. Selon les proches de Mme [REDACTED], celle-ci se levait régulièrement de son lit le soir et chutait. Selon l'information obtenue de la part de la résidence, la distribution des médicaments prévus au coucher se fait généralement aux alentours de 20 h. Considérant ce qui précède et la position dans laquelle elle a été retrouvée, il est possible de croire que la chute est survenue entre 20 h et 23 h 20 alors qu'elle tentait de se lever de son lit.

Les chutes chez les personnes âgées sont généralement la conséquence d'une combinaison de plusieurs facteurs de risque relatifs à la personne et à son environnement. Dans le cas spécifique de Mme [REDACTED], on retrouve, parmi ses antécédents médicaux, certaines affections

prédisposant aux chutes. En effet, en plus du trouble neurocognitif mixte et de sa mobilité réduite, elle avait des troubles de la vision (myopie), mais ne portait aucune lunette. Un tel trouble peut altérer la capacité d'une personne à détecter les obstacles et à maintenir son équilibre, augmentant ainsi le risque de chutes. Il appert également qu'elle souffrait d'hypokaliémie légère (taux de potassium insuffisant dans le sang) lors de son arrivée à l'hôpital, ce qui peut occasionner une faiblesse musculaire ainsi que des étourdissements. De plus, il est noté à son dossier clinique qu'elle présentait probablement un schwannome vestibulaire, lequel peut causer des vertiges ou des troubles de l'équilibre.

Considérant ce qui précède, l'ensemble de ces conditions ont certainement contribué à la survenance de la chute du 30 avril 2025 ainsi qu'à la fracture de la hanche droite qui s'en est suivie. N'eût été de cette chute et la fracture de la hanche qui s'en est suivie, il appert des dossiers cliniques consultés que Mme [REDACTED] présentait un bon état général et que la survenance de son décès ne faisait pas partie du pronostic à court terme. Il s'agit donc d'un décès accidentel.

Recommandations

Comme mentionné précédemment, la dernière évaluation du risque de chute effectuée en mars 2024 ne tenait pas compte des six (6) chutes survenues dans les mois précédents. Si elles l'avaient été, le risque de chute de Mme [REDACTED] aurait alors été considéré comme étant élevé et possiblement que des mesures additionnelles de prévention des chutes, adaptées à la situation de Mme [REDACTED], auraient pu être mises en place.

En effet, selon l'entente de collaboration conclue avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (« CIUSSS C-N ») applicable en matière de chutes (« l'Entente »)¹, le personnel de la résidence est tenu de faire une demande d'évaluation de la condition du résident auprès du CIUSSS C-N en présence d'une augmentation du risque de chute². Une fois la situation évaluée par le CIUSSS C-N, celui-ci peut émettre des recommandations et, le cas échéant, la résidence contribue à leur mise en application. Des recommandations seront donc formulées à l'intention de la résidence afin qu'elle s'assure que les membres de son personnel complètent adéquatement les évaluations du risque de chutes et effectuent une demande d'évaluation auprès du CIUSSS C-N en présence d'une augmentation d'un tel risque, le tout conformément à ce qui est prévu à l'Entente (**R-1 et R-2**).

De plus, il appert que la majorité des rapports de déclaration des incidents et des accidents ayant été complétés par le personnel de la résidence sont incomplets. Plus particulièrement, dans la majorité des cas, les sections portant sur l'analyse des causes et facteurs de risques ayant pu occasionner les chutes ne sont pas complétées. Quant à celles portant sur les mesures de prévention, elles sont soit non complétées, soit qu'elles font état de rappels à l'intention de Mme [REDACTED] d'utiliser sa marchette pour ses déplacements, d'utiliser les cloches d'appel ou encore de porter son pendentif de détection de chute. Selon les proches, Mme [REDACTED] n'a jamais eu de pendentif de détection de chute, seulement un bracelet.

Non seulement il s'agit d'une obligation déontologique, pour les infirmières et infirmières auxiliaires, d'inscrire toutes les informations nécessaires dans les rapports de déclaration³, mais en plus, il est spécifiquement prévu dans la *Règle de soins infirmiers* de la résidence

¹ Article 14.1 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, RLRQ, c. S -4.2, r. 0.01.

² Entente de collaboration conclue entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et Chartwell Master Care LP pour Chartwell l'Envol, 16 juillet 2024, p. 4, 32 et 33.

³ Article 14 (4) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c. I -8, r. 9; article 17 (4) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, RLRQ, C-26, r. 153.1.

applicable en matière de chutes qu'une analyse des causes ainsi que des mesures de prévention doit être effectuée⁴. Les mesures de prévention doivent également être mises en place en fonction des facteurs de risques et des causes⁵. Autrement dit, elles doivent être personnalisées selon les causes identifiées pour expliquer la survenance de la chute et tenir compte notamment de l'environnement et des capacités de la personne⁶. Or, dans le cas qui nous intéresse, les seules mesures de prévention identifiées par la résidence, c'est-à-dire les rappels à l'intention de Mme [REDACTED], ont pour effet de mettre sur les épaules de cette dernière l'entière responsabilité de prévenir la survenance de nouvelles chutes. Cependant, comme mentionné précédemment, Mme [REDACTED] était atteinte d'un trouble neurocognitif sévère, faisant en sorte que la suffisance de ces seules mesures est questionnable.

Au surplus, comme mentionné précédemment, Mme [REDACTED] avait chuté deux (2) mois plus tôt, soit le 15 février 2025, ce qui lui avait occasionné des fractures costales. Or, selon le dossier clinique de Mme [REDACTED], aucune analyse des causes et facteurs de risques ni réflexion quant aux mesures pouvant être mises en place pour prévenir de nouvelles chutes ne semblent avoir été effectuées. Les conséquences ayant découlé de cette chute, soit des fractures costales, auraient nécessairement justifié de s'y attarder.

Considérant ce qui précède, je formulerai une autre recommandation à l'intention de la résidence afin qu'elle s'assure que lors de chaque chute, une analyse des causes et des facteurs de risques ainsi qu'une analyse particularisée des mesures de prévention à mettre en place soient effectuées, et ce, conformément aux exigences énoncées à la *Règle de soins infirmiers* ainsi qu'au *Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors de chutes* de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (**R-3**).

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des complications médicales découlant d'une fracture de la hanche droite, consécutive à une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Chartwell L'Envol** :

- [R-1]** S'assure que les membres de son personnel complètent adéquatement les évaluations du risque de chutes ;
- [R-2]** S'assure que les membres de son personnel effectuent auprès du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale une demande d'évaluation de la condition d'un résident en présence d'une augmentation du risque de chute, conformément à ce qui est prévu à leur entente de collaboration ;

⁴ Voir annexe de l'Entente de collaboration conclue entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et Chartwell Master Care LP pour Chartwell l'Envol CHARTWELL, précitée, note 2 : *Règle de soins infirmiers, Interventions après la chute d'un résident*, 28 mars 2024, p. 6, 7, 9, 15 et 16.

⁵ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors de chutes*, 18 septembre 2025, p. 6, en ligne : <https://www.oiaq.org/publications/guide-d-intervention-de-l-infirmiere-auxiliaire-lors-de-chutes>.

⁶ *Idem*, p. 7.

[R-3] S'assure, en présence de chutes, que soient effectuées une analyse des causes et des facteurs de risques possibles ainsi que l'identification des mesures de prévention adaptées à l'état de la personne, et ce, conformément aux exigences énoncées à la *Règle de soins infirmiers* ainsi qu'au *Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors de chutes* de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

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 Lévis, ce 19 janvier 2026.

Me Isabelle East-Richard, coroner

Version anonymisée