



# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,  
des proches et des organismes  
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

■■■■ ■■■■ ■■■■  
2024-02248

Le présent document constitue  
une version dénominalisée du  
rapport (sans le nom du défunt).  
Celui-ci peut être obtenu dans  
sa version originale, incluant le  
nom du défunt, sur demande  
adressée au Bureau du coroner.

Me Lyne Lamarre

<b>BUREAU DU CORONER</b>	
2024-03-22 Date de l'avis	2024-02248 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>	
██████████ ██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
80 ans Âge	Masculin Sexe
Vaudreuil-Dorion Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>	
2024-02-20 Date du décès	Salaberry-de-Valleyfield Municipalité du décès
Hôpital du Suroît Lieu du décès	

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ ██████████ ██████████ est identifié visuellement par des proches en cours d'hospitalisation.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ fait des chutes répétitives à son domicile. Le 20 décembre 2023, il est admis à l'Hôpital du Suroît en raison d'un trouble de la marche et d'équilibre qu'on estime être multifactoriels. Un délirium s'ensuit. L'évaluation médicale révèle, entre autres, une dégradation de l'état général de M. ██████████ consécutive à sa maladie de Parkinson, une légère radiculopathie des vertèbres L3 et L4 gauches, une légère polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine inconnue et un pied gauche tombant, notamment. Un trouble neurocognitif est aussi suspecté. Pour mieux répondre aux besoins de M. ██████████ une relocalisation, entre autres, dans un milieu de vie plus adapté est envisagée.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 8 février 2024, vers 5 h 15, M. ██████████ est trouvé au sol près de son lit dans sa chambre. M. ██████████ mentionne avoir trébuché en voulant aller à la toilette. M. ██████████ éprouve de la douleur à la jambe gauche. Selon le rapport de déclaration d'incident ou d'accident, les mesures suivantes sont mises en place à la suite de cette chute : ajout de personnel, augmentation de la fréquence de la surveillance, mise en place d'un tapis sonore au lit et au fauteuil. Une radiographie démontre la présence d'une fracture de la hanche gauche. Le 9 février 2024, une intervention chirurgicale est effectuée à la hanche. Un diagnostic de COVID-19 s'ensuit. L'état général de M. ██████████ se détériore par la suite. M. ██████████ décide de cesser les soins actifs et de recevoir des soins de confort. Le décès de M. ██████████ survient le 20 février 2024 à 9 h 6 et est constaté par un médecin du centre hospitalier.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Puisque le décès de M. ██████████ est rapporté au coroner le 22 mars 2024 (déclaration tardive de décès), aucune expertise additionnelle n'a pu être ordonnée. En revanche, comme les conditions qui entraînent le décès de M. ██████████ sont documentées dans son dossier médical de l'Hôpital du Suroît, aucune expertise additionnelle n'est requise.

## ANALYSE

Avant son admission à l'Hôpital du Suroît, M. [REDACTED] habite seul dans un appartement situé dans une résidence privée pour aînés. Une perte d'autonomie est rapportée. Selon son dossier médical, M. [REDACTED] possède une marchette qu'il n'utilise pas. Il lui est recommandé d'utiliser sa marchette lors de tous ses déplacements à l'intérieur. Les notes indiquent que M. [REDACTED] n'aime pas utiliser d'aide technique.

On compte parmi les antécédents médicaux de M. [REDACTED] entre autres, une maladie de Parkinson et de l'hypotension orthostatique, notamment.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 22 décembre 2023, vers 3 h 10, M. [REDACTED] est trouvé au sol près de son lit dans sa chambre. À l'arrivée de l'infirmière, M. [REDACTED] s'était relevé seul. Aucune conséquence physique n'est observée à la suite de cette chute. La fréquence de la surveillance est augmentée.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 25 décembre 2023, vers 16 h 50, M. [REDACTED] est trouvé au sol près d'un fauteuil dans sa chambre. Il tente de se lever du fauteuil et trébuche. Aucune conséquence physique n'est observée à la suite de cette chute. La fréquence de la surveillance est augmentée et un médecin est avisé.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 28 janvier 2024, vers 12 h 45, M. [REDACTED] est trouvé assis au sol dans sa chambre. M. [REDACTED] se lève pour jeter un papier sans utiliser sa marchette. Aucune conséquence physique n'est observée à la suite de cette chute. Un médecin est avisé. Vers 20 h 36, M. [REDACTED] est trouvé assis au sol dans sa chambre près de la salle de toilette. Aucune conséquence physique n'est observée à la suite de cette chute. La fréquence de la surveillance et les suivis sont augmentés.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 30 janvier 2024, vers 11 h 25, lors d'un transfert, M. [REDACTED] fait une quasi-chute en s'assoiant sur un fauteuil. M. [REDACTED] est soutenu par une infirmière auxiliaire. Aucune conséquence physique n'est observée à la suite de cette quasi-chute. Un tapis sonore<sup>1</sup> est mis en place, la fréquence de la surveillance est augmentée et un médecin est avisé.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 7 février 2024, vers 4 h 8, M. [REDACTED] est trouvé assis au sol près de son lit dans sa chambre. M. [REDACTED] mentionne avoir glissé. Une éraflure au bras est observée. La fréquence de la surveillance est augmentée.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 8 février 2024, vers 5 h 15, M. [REDACTED] est trouvé au sol près de son lit dans sa chambre. M. [REDACTED] mentionne avoir trébuché en voulant aller à la toilette. M. [REDACTED] éprouve de la douleur à la jambe gauche. Une radiographie démontre la présence d'une fracture de la hanche gauche.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 10 février 2024, vers 5 h 20, M. [REDACTED] est trouvé à genoux avec les avant-bras sur son lit dans sa chambre. Aucune conséquence physique n'est observée. La prescription d'une surveillance constante est faite à ce moment. Compte tenu du nombre de chutes survenues, il me semble que cette mesure de surveillance constante aurait pu être prise avant.

---

<sup>1</sup> Cette mention, sans plus de précision, est écrite par un médecin dans le dossier médical. Elle n'est pas écrite dans le rapport de déclaration d'incident ou d'accident. Les notes ne précisent pas s'il s'agit de la mise en place d'un tapis sonore au fauteuil ou au lit.

Selon un rapport de déclaration d'incident ou d'accident, le 14 février 2024, vers 2 h, M. [REDACTED] est trouvé au sol près de la porte dans sa chambre. Une légère blessure au genou gauche et de la douleur au genou gauche sont rapportées.

Par ailleurs, un proche me rapporte que M. [REDACTED] n'a pas utilisé sa marchette lorsqu'il a fait une chute le 8 février 2024 à l'Hôpital du Suroît. M. [REDACTED] avait de la difficulté à accepter qu'il devait utiliser une aide technique, selon ce proche.

M. [REDACTED] est à risque de chutes (trouble de la marche et d'équilibre, consommation de plusieurs médicaments, hypotension orthostatique, non-utilisation de son aide technique et plusieurs chutes récentes, notamment). La chute survenue le 8 février 2024 entraîne la cascade des événements qui mènent au décès de M. [REDACTED]. M. [REDACTED] a déjà fait plusieurs chutes à son domicile (une situation qui est connue dès son admission à l'Hôpital du Suroît). Compte tenu de la situation, il me semble que des tapis sonores de détection des mouvements au lit et au fauteuil auraient dû être mis en place, dès son admission à l'Hôpital du Suroît, notamment. (Je souligne.)

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, dont fait partie l'Hôpital du Suroît — qui a effectué une analyse du dossier de M. [REDACTED] — m'a transmis par courriel les recommandations préliminaires qu'elle comptait faire à l'Hôpital du Suroît. Je reproduis, ci-après, les recommandations en lien avec le décès de M. [REDACTED]

« — S'assurer que tout le personnel infirmier, incluant la main-d'œuvre indépendante, ait complété la formation [...] Prévention des chutes — Centres hospitaliers [...].

— Rappeler au personnel infirmier d'effectuer la surveillance et l'évaluation 48 h post-chute [...] et assurer la pérennité de cette pratique.

— Rappeler au personnel infirmier de compléter le formulaire de dépistage du risque de chute, selon les fréquences établies [...] et en assurer la pérennité.

— Rappeler au personnel soignant l'importance des activités de prévention des chutes comme l'activation des tapis sonores et système TABS.

— Rappeler au personnel soignant l'importance et comment procéder aux tournées intentionnelles pour la prévention des chutes. [...]

— S'assurer que [...] [les] Modalités d'application d'une surveillance constante pour un usager en milieu hospitalier soit respectée et assurer la pérennité de cette pratique.

— Rédiger un [rapport de déclaration d'incident ou d'accident] en lien avec le tapis sonore non activé, ce qui a contribué à la chute, en date du 8 février 2024 [vers] 5 h 15. [...] »

Malgré la mise en place de ces recommandations par le CISSS de la Montérégie-Ouest, il m'apparaît nécessaire d'en formuler d'autres pour une meilleure protection de la vie humaine.

Ainsi, un retour sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] et les recommandations envisagées a été fait auprès du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les extraits pertinents de mon projet de rapport et les recommandations envisagées ont été envoyés par courriel les 2 et 7 juillet 2024 au CISSS de la Montérégie-Ouest. Une rencontre par visioconférence via la

plateforme Teams a aussi eu lieu le 11 juillet 2024. À titre explicatif, je reproduis la recommandation 4, ci-après, que je comptais faire initialement.

[R-4] Présenter le dossier de M. [REDACTED] au comité de prévention des chutes du CISSS de la Montérégie-Ouest, dans un but d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des interventions en prévention des chutes, notamment chez les « grands chuteurs ».

À ce sujet, le CISSS de la Montérégie-Ouest m'a précisé que ce comité n'existait plus. Compte tenu de l'augmentation des décès qui surviennent à la suite de chutes au Québec, il serait peut-être pertinent et justifié de remettre en place un tel comité, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des interventions en prévention des chutes auprès des usagers du CISSS de la Montérégie-Ouest pour assurer leur sécurité.

## CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] est décédé de complications médicales multifactorielles consécutives à une fracture de la hanche gauche, à la suite d'une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest**, dont fait partie l'Hôpital du Suroît de :

[R-1] S'assurer que des tapis sonores de détection des mouvements sont en place (sur les lits et les fauteuils) dès l'admission d'usagers à risque de chutes à l'Hôpital du Suroît ;

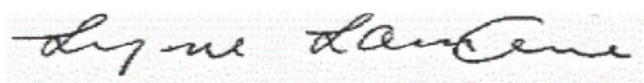
[R-2] S'assurer que les tapis sonores de détection des mouvements sont fonctionnels et activés (« armés ») à chaque quart de travail à l'Hôpital du Suroît ;

[R-3] S'assurer que la prescription d'une surveillance constante est mise en place en temps opportun pour assurer la sécurité de « grands chuteurs » hospitalisés à l'Hôpital du Suroît ;

[R-4] Remettre en place le comité de prévention des chutes au CISSS de la Montérégie-Ouest afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des interventions en prévention des chutes, notamment chez les « grands chuteurs ».

---

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 Saint-Marc-sur-Richelieu, ce 29 août 2024.



Me Lyne Lamarre, coroner