

# 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



2023-02955

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.

Dr Louis Normandin

<b>BUREAU DU CORONER</b>	
2023-04-20 Date de l'avis	2023-02955 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>	
██████ Prénom à la naissance	██████ Nom à la naissance
71 ans Âge	Masculin Sexe
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>	
2023-04-20 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Hôpital Maisonneuve-Rosemont Lieu du décès	

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. █████ █████ a été identifié visuellement par sa conjointe à leur domicile le 20 avril 2023.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon le rapport des enquêteurs du poste 39 du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), les rapports d'interventions préhospitalières et le dossier médical de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), M. █████ █████ présente des vomissements, à quelques reprises par jour, à partir du dimanche 16 avril 2023. Il s'hydrate tant bien que mal, vomit parfois les médicaments qu'on lui donne deux fois par jour et ne mange plus. Il se plaint parfois de douleurs abdominales et reçoit l'attention de sa conjointe, d'une préposée aux bénéficiaires et d'une infirmière-auxiliaire de la résidence pour aînés qu'il habite. Malgré son état, M. █████ refuse qu'on le transporte à l'hôpital le 19 avril et dit vouloir reconsidérer la chose le lendemain.

Il est vu par sa conjointe dormant au lit avant qu'elle ne quitte pour son travail vers 10 h le 20 avril 2023. Vers 14 h 16, la préposée aux bénéficiaires le retrouve inconscient, au lit, alors qu'il peine à respirer. Elle avise l'infirmière auxiliaire et la conjointe. Elles sont au chevet vers 14 h 27 et un appel 911 est fait vers 14 h 32. Les premiers répondants (14 h 37) et techniciens ambulanciers paramédics (TAP) (14 h 45) arrivent sur place. Questionnée par les TAP au sujet des volontés de prise en charge médicale et de réanimation cardiorespiratoire, la conjointe les avise vers 14 h 50 que M. █████ ne veut pas d'intubation orotrachéale ou de réanimation. Dès lors, la prise en charge médicale se conforme à cette information. Entretemps, des papiers mouchoirs sont dégagés de la bouche de M. █████ qui présente par la suite une brève amélioration des signes vitaux vers 15 h 20. Il quitte son domicile vers 15 h 17 et est transporté à l'urgence de l'HMR vers 15 h 25. Toujours en accord avec les informations qui sont transmises à l'équipe médicale, M. █████ reçoit essentiellement des soins de confort et décède à 15 h 45.

Pendant la prise en charge préhospitalière, des échanges téléphoniques se font entre la conjointe et des membres de la famille. Celles-ci insistent auprès de la conjointe, vers 15 h 10, que leur père désirait recevoir tous les soins médicaux nécessaires pour assurer sa vie. Cette information n'est pas transmise aux ambulanciers de même qu'à l'équipe médicale. Elle n'est portée à l'attention du médecin responsable que par une des filles de M. █████ environ une heure après le décès.

Les agents du SPVM examinent la scène et obtiennent les déclarations du personnel, de la conjointe et des membres de la famille. Un dispositif d'appel d'urgence fonctionnel est retrouvé à proximité du corps, inaccessible.

## **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Un examen externe et une autopsie ont été pratiqués au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale le 24 avril 2023. Dans son rapport, la pathologiste note une bronchopneumonie diffuse bilatérale possiblement secondaire à un ou plusieurs épisodes d'aspiration. Outre une petite quantité de matériel blanchâtre pâteux dans la bouche (résidus de papier mouchoir ?), aucune obstruction proprement dite de la bouche ou des voies respiratoires supérieures n'a été relevée. Par ailleurs, le rapport fait mention des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC) droit et d'une atrophie rénale.

Les analyses toxicologiques ont permis de mettre en évidence de la prégabaline dans le sang en concentration toxique, qui s'explique possiblement par un état de déshydratation et une insuffisance rénale. Parmi la médication journalière figurent aussi deux antidépresseurs retrouvés en concentrations thérapeutiques. L'éthanol sanguin n'a pas été détecté.

## **ANALYSE**

La vie de M. [REDACTED] bascule le 26 juillet 2017 alors qu'il est victime d'un AVC hémisphérique droit majeur qui le laisse avec une faiblesse très importante de tout le côté gauche du corps. Après une réadaptation de quelques mois en établissement spécialisé, il retourne à domicile jusqu'en octobre 2018 puis passera les années suivantes en centres d'hébergement publics et privés. Les soins qui lui sont prodigués varient selon les disponibilités professionnelles sur place (ergothérapie, physiothérapie), de sorte que son niveau d'autonomie fluctue selon l'intensité de la prise en charge thérapeutique.

À partir du début 2020, M. [REDACTED] vit avec sa conjointe en Résidence privée pour aînés (RPA) autonomes et semi-autonomes bien qu'il ne soit ni l'un ni l'autre. En effet, il ne se déplace qu'en fauteuil roulant et demeure surtout au lit faute de ressource disponible pour le stimuler davantage. Il y reçoit tout au plus les soins de base, hygiène et administration des médicaments, deux fois par jour à la suite d'une entente avec le Centre local de services communautaires (CLSC) et la participation de la conjointe. Il s'en suit que sa condition générale se dégrade de façon significative. La résidence qu'il habite, inappropriée dans le contexte, ne peut, malgré beaucoup de bonnes volontés de tout le personnel, répondre véritablement à ses besoins. M. [REDACTED] s'oppose à ce que des démarches en vue d'une relocalisation ne soient entreprises et cette prise de position de sa part est respectée, à tort ou à raison.

Au fil des mois, son déclin fonctionnel et son affaiblissement général fragilisent sa santé au point qu'il développe à quelques reprises des complications pulmonaires infectieuses (pneumonies d'aspiration) en lien avec le passage dans les voies respiratoires de sécrétions de la bouche ou de l'estomac. Il est probable qu'un nouvel épisode de pneumonie débute vers le 16 avril 2023 considérant les vomissements (auxquels la prégabaline en concentration toxique a pu contribuer) et l'alitement prolongé. Finalement, élément pour le moins troublant, l'amas de papier-mouchoir au fond de la bouche, dont la provenance demeure inexplicquée, n'a fait qu'empirer une situation déjà précaire.

Le 8 juillet 2019, M. [REDACTED] qui conserve et conservera toutes ses facultés cognitives et langagières, consigne officiellement, après en avoir discuté avec son médecin, le niveau et les objectifs de soins qu'il désire recevoir en complétant le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » produit par Santé et Services sociaux du Québec. Il ne pose aucune restriction et confirme alors qu'il veut recevoir tous les soins jugés appropriés (incluant l'intubation orotrachéale et la réanimation cardiorespiratoire) advenant un événement de santé qui compromette son pronostic de vie. Cette directive ne sera jamais modifiée en absence de suivi médical à partir de février 2021 et donc, demeure, en principe, toujours en vigueur en avril 2023. De plus, mise à part de deux membres de la famille, elle ne sera pas connue et transmise au personnel de la dernière résidence qu'il habite. Malheureusement, en absence d'une mise à jour factuelle écrite et accessible des volontés de M. [REDACTED] les TAP sur place le 20 avril 2023, qui le retrouvent inconscient, n'ont d'autre choix que de se fier aux dires de la conjointe (qui n'est pas représentante) qui sont, rappelons-le, à l'opposé de ceux de deux autres membres de la famille. Il en découle que l'on ne saura jamais si les volontés et objectifs de soins de M. [REDACTED] ont été respectés.

Considérant les causes et circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] il est permis de considérer les questions suivantes :

1. En lien avec les volontés de leurs bénéficiaires applicables à la dispensation d'un niveau de soins, les centres d'hébergement et les résidences pour personnes âgées sont-ils tenus de les obtenir si elles sont déjà disponibles ou de les établir dès l'admission si ce n'est pas le cas et par la suite de les réviser régulièrement ?
2. En absence de volontés explicites récentes de la personne concernée, dans un état où elle est incapable de se prononcer, quelle valeur doit-on donner à l'opinion parfois contradictoire des proches ?

Avant d'aborder ces questions, il est nécessaire de préciser qu'une RPA est une entreprise privée dont l'exploitant détermine l'offre de services. Cette offre de services permet de distinguer quatre catégories de RPA. Les catégories 1 et 2 offrent différents services à des personnes âgées autonomes tels que services de repas, d'aide domestique, de sécurité ou de loisirs. Les résidents ne reçoivent aucun soin, vivent ni plus ni moins en immeubles d'appartements et ne sont pas tenus de divulguer quelque information de santé les concernant au même titre que n'importe quelle personne. Une RPA de catégorie 3 offre, en plus des services des catégories 1 et 2, des services d'assistance personnelle ou soins infirmiers. À noter que M. [REDACTED] réside, à partir du début 2020 dans une résidence de cette catégorie. Finalement, une RPA de catégorie 4 soigne des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle physique ou cognitive modérée à sévère, ce qui correspond beaucoup plus au profil de soins dont il aurait pu bénéficier.

En réponse à ces questions, et à la suite de consultations faites auprès d'une conseillère juridique au Bureau du coroner, il se trouve qu'une RPA (toutes catégories confondues) n'est pas tenue légalement d'établir ou de transmettre à une autre RPA les informations relatives au niveau de soins ou intention de réanimation au départ du résident. Lors de l'admission d'un résident, les enjeux de niveau de soins et de réanimation cardiorespiratoire ne sont pas abordés même lorsque des soins sont prodigués. Selon l'article 57 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, en absence d'un document écrit où les volontés de NE PAS effectuer sur lui de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire sont clairement exprimées, et particulièrement en cas d'urgence lorsque l'état de conscience rend impossible l'obtention du consentement et que la vie de la personne est en danger, cette

réanimation devrait être faite sans égard à l'« impression » d'une proche (non représentante) à ce sujet.

Dans son guide d'utilisation du formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire », qui s'applique aux patients hospitalisés, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) stipule : que le formulaire au dossier accompagne le patient lors de tous transferts et que si une demande de services préhospitaliers d'urgence est possible, qu'une copie du formulaire soit « remise au patient, son représentant, ou toute personne susceptible d'être présente au moment de l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) afin qu'elle soit rapidement disponible pour que les TAP puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire ».

Pourquoi de telles directives ne s'appliqueraient-elles pas à toute personne (avec son consentement ou celui de son représentant) transférant d'une RPA de catégorie 3 et 4 à une autre de même catégorie, comme ce fut le cas pour M. [REDACTED] alors que des volontés antérieures ont été établies en 2019 ?

Lorsque des soins sont prodigués à un résident par le personnel d'une RPA de catégorie 3 ou 4, au même titre que tout patient hospitalisé, en ressource intermédiaire (RI) ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), pour lequel un niveau de soins et de réanimation doit être établi à son admission, pourquoi en serait-il autrement pour une RPA ? Bref, lorsque des soins sont prodigués, un niveau de soins ne devrait-il pas y être automatiquement associé ?

Considérant les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] et dans un but préventif, il importe que ce rapport soit porté à l'attention des organismes qui interviennent auprès de cette clientèle. Entre autres, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui veille à la certification des résidences privées, la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de la fluidité afin de bien encadrer l'application des niveaux de soins en cas d'urgence par les TAP appelés lors d'une intervention préhospitalière, le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal qui était responsable des soins prodigués à M. [REDACTED] et le Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) qui représente les exploitants de ces résidences.

Ayant pris connaissance de cet événement, le directeur du Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) propose de considérer la pertinence de consigner au dossier du résident (avec son accord) d'une résidence de catégorie 3 et 4 le niveau d'intervention médicale (NIM) ou niveaux de soins et les volontés de réanimation cardiorespiratoire ou toute directive médicale anticipée qu'il désire, par écrit lors de la signature du bail. Par la suite, cette information serait mise à jour uniquement lorsque des changements de la condition de santé justifient des changements de soins.

Afin de protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations.

Par ailleurs, il serait important que les différentes instances ci-haut mentionnées prennent connaissance des causes et circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] et évaluent la pertinence de reconsidérer la nature des informations médicales mises au dossier du

résident d'une résidence pour aînés en lien avec les niveaux et objectifs de soins, les directives médicales anticipées et la réanimation cardiorespiratoire.

## CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé à la suite d'une pneumonie.

Il s'agit d'une mort naturelle.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **ministère de la Santé et des Services sociaux** :

[R-1] Fasse les démarches nécessaires pour que soit modifié l'article 57 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (RPA) en prévoyant les nouvelles obligations pour les exploitants de RPA (catégorie 3 et 4 seulement) de : compléter dès l'admission, et selon les modalités jugées nécessaires, le formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » pour leur clientèle nécessitant des soins ou lors des modifications de service et de s'assurer de la compétence du personnel soignant en matière de réanimation cardiorespiratoire (RCR);

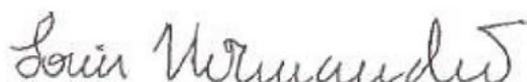
[R-2] Mette en place des mesures appropriées pour s'assurer que lors du transfert d'un usager, habitant une RPA de catégorie 3 ou 4, par les techniciens ambulanciers paramédics (TAP), une copie du formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » soit remise à l'usager, à son représentant ou à toute personne susceptible d'être présente au moment de l'arrivée des TAP, afin que ce document soit rapidement disponible pour permettre le suivi des instructions fournies.

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal** :

[R-3] Évalue, à la lumière des enjeux de santé importants et de l'ensemble des soins rendus nécessaires pour subvenir aux besoins de la personne décédée, dans quelle mesure une relocalisation en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'aurait pas été souhaitable en dépit d'un refus initialement exprimé par le premier concerné.

---

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 Montréal, ce 11 avril 2025.



Dr Louis Normandin, coroner