

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-00677

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 Annie Nadon
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-01-22 Date de l'avis	2024-00677 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
73 ans Âge	Masculin Sexe	
Saint-Lambert Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-01-07 Date du décès	Longueuil Municipalité du décès	
Hôpital ██████████-Boucher Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par le personnel médical à l'Hôpital ██████████-Boucher.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ consulte à l'Hôpital ██████████-Boucher le 15 décembre 2023 en compagnie d'un proche dans un contexte de désorganisation et de confusion. Depuis environ un an, il est en perte d'autonomie et son état général se dégrade. Il est relocalisé en résidence pour personne âgée autonome en juin 2023, à la suite d'une hospitalisation. Peu avant l'hospitalisation de décembre, il vit un événement stressant dans sa vie personnelle qui semble avoir un impact sur son état psychologique et son état de confusion.

Après évaluation de M. ██████████, le médecin de l'urgence demande un scan cérébral (qui ne révèle rien d'aigu) et des consultations en médecine générale et en gériatrie active. Il est hospitalisé afin de documenter davantage son état et plusieurs diagnostics potentiels sont évoqués. Un diagnostic d'état confusionnel avec désorganisation comportementale est posé, ainsi qu'un trouble neurocognitif majeur probable associé à des perturbations comportementales, une pneumonie interstitielle sévère et un état de malnutrition chronique sévère.

Quelques jours plus tard, M. ██████████ est transféré à l'Unité de courte durée gériatrique de l'Hôpital ██████████-Boucher, après une amélioration de sa condition. De manière générale, les perturbations comportementales compliquent la prise en charge et entraînent des risques pour sa sécurité et celle des autres. Entre le 1^{er} janvier et le 3 janvier 2024, au moins quatre notes médicales mentionnent un comportement désorganisé et difficilement contrôlable, sa volonté de manger des objets et la nécessité d'une surveillance 1 pour 1 constante.

Le 3 janvier, il est retransféré au département de médecine générale de l'Hôpital ██████████-Boucher à la suite d'une détérioration de son état. Il collabore peu aux soins, respecte peu les consignes, tient des propos incohérents, est agité et fait preuve d'agressivité physique et verbale. Le 7 janvier en matinée, M. ██████████ connaît un épisode d'agitation important qui exige l'intervention du personnel. Une infirmière remarque du papier dans sa bouche et le retire. Selon le dossier clinique, peu après, une infirmière est avisée par la préposée aux bénéficiaires affectée à la surveillance de M. ██████████ qu'il ne présente plus de signe de vie. L'infirmière constate son décès vers 9 h.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Le coroner est avisé du décès seulement le 22 janvier 2024. Il n'est donc pas possible de réaliser des expertises dans ce dossier. Cependant, les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont documentées dans son dossier clinique à l'Hôpital [REDACTED]-Boucher.

ANALYSE

Selon son dossier clinique auprès de l'Hôpital [REDACTED]-Boucher, M. [REDACTED] a des antécédents médicaux, entre autres, de fibrose pulmonaire, un trouble de la personnalité schizoïde, des épisodes psychotiques ainsi qu'une ischémie cérébrale transitoire récente.

Selon les notes infirmières, le 3 janvier, lors de son transfert en médecine interne à l'Hôpital [REDACTED]-Boucher, la surveillance 1 pour 1 constante recommandée par le médecin est mise en place. La décision d'affecter M. [REDACTED] à un tel niveau de surveillance est un indicateur de son niveau de vulnérabilité.

Différents épisodes d'agitation, de désorganisation, de violence verbale et physique surviennent. Les perturbations comportementales importantes de M. [REDACTED] sont bien documentées dans son dossier clinique. La nécessité d'une surveillance constante, les comportements qui posent un risque pour sa sécurité le sont aussi. Des notes médicales évoquent le risque d'ingérer des objets et des notes infirmières confirment des tentatives de le faire.

Le 7 janvier, vers 7 h 50, M. [REDACTED] connaît un épisode d'agitation important. La séquence des événements par la suite soulève des questionnements. La préposée aux bénéficiaires affectée à la surveillance utilise la sonnette d'urgence pour obtenir de l'aide. M. [REDACTED] est maîtrisé et installé au fauteuil. Une note infirmière mentionne qu'il est retrouvé avec du papier dans la bouche, qui est retiré par une infirmière, avec une mention à l'effet qu'il ne présente pas de signe de dyspnée.

Cet événement survient au moment du changement de quart du personnel prévu à 8 h. La préposée aux bénéficiaires qui doit prendre la relève pour la surveillance 1 pour 1 avise qu'elle sera en retard. Le personnel infirmier demande au préposé aux bénéficiaires affecté à la surveillance 1 pour 1 de l'autre personne dans la chambre de surveiller également M. [REDACTED] jusqu'à l'arrivée de sa collègue, une quinzaine de minutes plus tard.

Vers 8 h 45, une infirmière est avisée que M. [REDACTED] ne présente plus de signe de vie. Elle constate le décès à 8 h 58 selon la note au dossier clinique. À ce moment, M. [REDACTED] est encore au fauteuil dans lequel il a été installé à la suite de l'épisode d'agitation de 7 h 50, alors qu'il est nu et souillé.

Un rapport d'accident est complété le 11 janvier concernant ces événements, mais ne mentionne pas l'épisode du papier dans la bouche, alors qu'il s'agit d'un élément pertinent dans le fil des événements. Le 22 janvier, le décès de M. [REDACTED] est signalé au Bureau du coroner par le médecin. Il mentionne avoir été informé après les événements de l'épisode du papier dans la bouche et d'un possible enjeu de surveillance le jour du décès entre 7 h 50 et 8 h 45. Il n'exclut pas que cet événement ait pu contribuer au décès.

Dans les circonstances, j'ai discuté dans le cadre de mon investigation avec 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 de la Montérégie-Est, dont fait partie l'Hôpital ██████-Boucher. Mes discussions avec la DQEPE révèlent que :

- Le préposé aux bénéficiaires qui a assuré la surveillance des deux patients pendant un court laps de temps n'était pas installé de façon à pouvoir voir M. ██████ en tout temps, contrairement à ce qui est exigé par la *Règle de soins infirmiers – Modalités d'encadrement de la surveillance particulière d'un usager – Clientèle adulte et gériatrique*. Il n'a pas complété la grille d'observation comme prévu à 8 h. Des mesures ont été entreprises auprès du préposé concerné à la suite cet événement.
- Malgré la présence d'un papier dans la bouche retiré par l'infirmière, aucun examen physique ou validation des signes vitaux n'a été fait par une infirmière à la suite de l'événement de 7 h 50.
- La préposée aux bénéficiaires affectée à la surveillance 1 pour 1 de M. ██████ ne peut confirmer qu'il était vivant à son arrivée (vers 8h15), malgré qu'elle ait complété la grille d'observation requise lors d'une surveillance particulière aux 15 minutes comme prévu, soit à 8 h 15 et 8 h 30.

La DQEPE m'indique avoir formulé les recommandations suivantes, qui ont été mises en application :

- Un rappel concernant la nécessité pour les infirmières d'effectuer la tournée des usagers et les suivis en fonction des priorités;
- S'assurer que les surveillances 1 pour 1 constantes respectent les standards prévus et soient conformes à la règle de soins. Un aide-mémoire a été diffusé afin de rappeler les principes de la surveillance constante et les éléments à objectiver (dont l'observation de la respiration et du teint).

Malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec la DQEPE.

L'investigation de la DQEPE et les recommandations émises à la suite du processus ne couvrent pas les aspects suivants :

Le médecin n'a pas été informé de l'épisode du papier dans la bouche avant plusieurs jours et cet événement n'a pas été noté au rapport d'accident. La déclaration d'accident est une obligation légale. Elle est nécessaire, entre autres, pour identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité et joue un rôle clé dans la qualité et la sécurité des soins et des services offerts. Elle permet d'analyser efficacement les accidents et de mettre en place des mesures correctives et préventives appropriées.

De plus, les notes infirmières révèlent qu'après avoir retiré le papier, M. ██████ ne présente pas de dyspnée. Or, il semble qu'il n'y ait eu aucun suivi de sa condition par la suite. Un examen physique, la prise des signes vitaux et une inspection des voies respiratoires auraient permis de s'assurer de la condition de M. ██████ et de son évolution.

L'ensemble des éléments recueillis indique que M. ██████ est décédé d'une insuffisance respiratoire, dans le contexte d'une pneumopathie interstitielle. Cependant, dans le contexte où il est décédé dans les minutes après que du papier ait été retrouvé dans sa bouche, je considère que cet événement a pu contribuer au décès. Je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'une insuffisance respiratoire à laquelle a pu contribuer une obstruction des voies respiratoires, dans le contexte d'une pneumopathie interstitielle.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est, dont fait partie l'Hôpital [REDACTED]-Boucher** de :

- [R-1] S'assurer que le personnel infirmier est outillé pour reconnaître les risques d'obstruction des voies respiratoires et s'assure, lorsqu'indiqué, de réaliser un examen des voies respiratoires, de compléter un examen physique et d'évaluer les signes vitaux, dans le respect des règles de soins;
- [R-2] Mettre en place des directives claires pour améliorer la communication entre les préposés aux bénéficiaires affectés à la surveillance d'usagers et les infirmières, afin que tous les intervenants impliqués dans les soins reçoivent les informations critiques concernant l'état des usagers.

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 Québec, ce 7 janvier 2026.

Me Annie Nadon, coroner