

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2025-04068

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 Kathleen Gélinas
Coroner

BUREAU DU CORONER			
2025-05-22		2025-04068	
Date de l'avis		Nº de dossier	
IDENTITÉ			
[REDACTED]		[REDACTED]	
Prénom à la naissance		Nom à la naissance	
67 ans		Masculin	
Âge		Sexe	
East Angus		Québec	Canada
Municipalité de résidence		Province	Pays
DÉCÈS			
2025-05-22		East Angus	
Date du décès		Municipalité du décès	
CHSLD d'East Angus			
Lieu du décès			

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Monsieur [REDACTED] est identifié visuellement par le personnel médical en cours de séjour.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 18 mai 2025, vers 17 h 15, un membre du personnel de soins trouve M. [REDACTED] assis par terre près de la porte de sa chambre. Il mentionne s'être cogné la tête. Une évaluation est alors effectuée. M. [REDACTED] collabore peu lorsque des questions lui sont posées. Les signes neurologiques sont normaux au niveau des 2 yeux. Il essaie de se relever lui-même du sol, sans y parvenir. Il est faible, mais aucune douleur ou blessure n'est constatée. M. [REDACTED] est relevé à l'aide de 2 personnes et assis au fauteuil fixe. En raison du manque de collaboration, les signes vitaux sont difficiles à prendre. Au cours de l'évaluation, M. [REDACTED] se lève à 2 reprises pour aller cracher au lavabo.

À 17 h 35, un membre du personnel infirmier contacte le médecin de garde. Après explication, ce dernier demande que la famille soit contactée afin de vérifier s'il y a le souhait de procéder à l'administration de soin de confort.

À 17 h 38, conformément aux instructions du médecin, un membre de la famille est contacté par un membre du personnel infirmier. Après explications reçues, ce membre de la famille exprime le souhait que M. [REDACTED] ne souffre pas. Dans ce contexte, il donne son accord pour qu'il y ait administration de soins de confort. Suite à cet appel, le membre du personnel de soins contacte à nouveau le médecin, lequel procède à l'ajustement de la médication de façon à soulager M. [REDACTED].

Dans la soirée, suite à l'administration de la médication, l'état de M. [REDACTED] se dégrade. L'administration de la médication pour éviter la douleur se poursuit.

Le 20 mai 2025, lors de l'évaluation par le médecin traitant, M. [REDACTED] ne montre plus de signe d'éveil.

Le décès de M. [REDACTED] est constaté par un médecin du centre, le 22 mai 2025, à 4 h 30.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie par imagerie (tomodensitométrie sans contraste) est effectuée le 23 mai 2025 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) — site Fleurimont. Dans son rapport, le radiologue de l'Institut de cardiologie de Montréal, spécialiste en imagerie post-mortem constate l'absence de signe radiologique de traumatisme crânien, il y a absence de lésion traumatique. Au niveau pulmonaire, il y a des trouvailles suggestives d'« un tableau évocateur de broncho-pneumonie bilatérale étagée ± aspiration ».

ANALYSE

La *Loi sur les coroners* (RLRQ, c.C-68.01) interdit au coroner de se prononcer au terme de son investigation sur la responsabilité civile ou criminelle de quiconque. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la qualité des soins ou la compétence d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

Selon les informations recueillies, M. [REDACTED] souffrait, notamment de déficience intellectuelle sévère, de trouble du spectre de l'autisme, de trouble obsessionnel compulsif, d'épilepsie, de dysphagie, de dénutrition secondaire, de pneumonie, d'aspiration à répétition, de parkinsonisme.

Puisque M. [REDACTED] avait chuté dans les jours précédant son décès, il y avait suspicion qu'il soit décédé à la suite d'un traumatisme crânien, occasionné par la chute dont il a été victime.

Dans le cadre du signalement de ce décès au Bureau du coroner, on m'a informée que, bien que l'on soupçonne un traumatisme crânien, celui-ci n'a pas été investigué.

À la suite de l'autopsie par imagerie effectuée, aucun élément ne permet de croire que M. [REDACTED] a succombé à une chute occasionnant une fracture ou un traumatisme crânien. Cette expertise réalisée suite au décès de M. [REDACTED] a permis de dissiper tout doute à cet effet. Ce n'est pas la chute qui a occasionné le décès.

Bien que le décès ne résulte pas de la chute, je m'interroge sur la pratique médicale et la prise en charge par le médecin de garde dans le cas de M. [REDACTED].

Pour bien comprendre mes préoccupations, je crois utile de mettre en lumière certains aspects du dossier de M. [REDACTED].

En mai 2025, il est constaté que M. [REDACTED] mange peu. Il crache beaucoup les aliments, lorsqu'il tente d'avaler ceux-ci. Au départ, le personnel de soins attribue cet élément au trouble obsessionnel compulsif dont souffre celui-ci. Toutefois, les crachats augmentent de façon progressive. Le 13 mai 2025, dans le cadre de soins d'hygiène buccale, il est observé la présence de muguet dans la bouche. Le médecin traitant est prévenu et celui-ci prescrit différentes analyses et planifie un plan de traitement pour M. [REDACTED]. En cours de traitement, il est constaté que celui-ci a une infection fongique au niveau buccal et de l'espace oropharyngé.

Le 18 mai 2025, une évaluation de l'alimentation est effectuée. En raison de sa dénutrition récente, M. [REDACTED] est affaibli. Il est noté que M. [REDACTED] a subi une perte pondérale de 5,2 kg en 3 semaines correspondant ainsi avec le début des crachats dès la tentative d'ingérer des aliments. Dans le cadre de l'évaluation, il indique qu'il a mal à la gorge. Il indique également qu'il a faim. Avec son approbation, il y a une tentative de prendre de la médication avec de la

compote de pommes. Lorsqu'il tente de manger un pouding, il est incapable de déglutir et recrache l'ensemble de la bouchée dans la poubelle.

Les notes des infirmières du 18 mai 2025, en après-midi indiquent que M. [REDACTED] a moins mal à la gorge et il est observé une diminution de la quantité de crachat, ce qui est l'effet attendu suite à la prise de la médication prescrite et prise dans la journée.

Le 18 mai 2025, à 17 h 15, il a été retrouvé au sol de sa chambre. M. [REDACTED] a alors indiqué s'être cogné.

Je salue les membres du personnel de soins qui ont très bien détaillé le dossier de M. [REDACTED], ce qui m'a permis de comprendre les évènements et les soins dispensés.

Toutefois, je ne suis pas en mesure de comprendre la démarche et l'orientation données aux soins prodigués à M. [REDACTED] par le médecin.

Le dossier clinique contient les notes des infirmières et du médecin traitant. Par contre, il ne contient aucune note médicale du médecin de garde. Je m'interroge sur son évaluation de la chute qui s'est effectuée au téléphone. Il a été contacté très rapidement, soit à peine 20 minutes après la découverte de M. [REDACTED] au sol et il ne s'est aucunement déplacé au chevet de M. [REDACTED].

En raison de l'absence des notes médicales du médecin de garde, je m'interroge sur les éléments qui lui ont été communiqués. À la lecture des observations des infirmières, je ne note aucun élément expliquant que M. [REDACTED] doive bénéficier de soins de confort. L'évaluation par les infirmières a été effectuée en près de 10 minutes en raison de son peu de collaboration, mais il n'a pas exprimé de douleur liée à une chute et aucun élément permettant de croire à un traumatisme n'a été visualisé. Dans le cadre de l'évaluation, il s'est même levé 2 fois pour cracher, ce qui correspond à la situation sous investigation médicale et traitement depuis le 13 mai 2025.

Ainsi 30 minutes après avoir été trouvé au sol, il y avait cessation des traitements actifs et administration de soins de confort. Au surplus, l'infirmière indique dans ses notes « omettre suivi post-chute vu contexte de soins de confort + fin de vie». Il importe de se rappeler que les soins de confort, également connus sous le nom de soins palliatifs ne doivent pas constituer un abandon des soins médicaux. Il s'agit d'une approche qui vise à soulager la douleur, à améliorer le confort et à maintenir la dignité de la personne lorsqu'il n'est pas possible de guérir complètement sa condition. À la lecture du dossier, je ne suis pas en mesure de comprendre cette orientation soudaine d'administration des soins de confort. Certes, il a été trouvé au sol, mais il n'y a ni douleur ni traumatisme. M. [REDACTED] est en état de se mobiliser. Qu'est-ce que le médecin a considéré? Qu'est-ce qu'il a écarté? Je ne peux le dire. Il n'y a aucune note d'évolution de ce médecin au dossier.

Je constate qu'il s'agit du 2^e évènement à cet établissement où les notes d'évolution du médecin sont absentes. Tel que je le mentionnais dans le rapport 2023-04909, les notes d'évolution doivent être un témoin fidèle de la démarche clinique du médecin.

L'absence de ces notes rend incompréhensible la conduite adoptée dans le dossier de M. [REDACTED]. On est en droit de s'interroger si M. [REDACTED] a fait l'objet d'une évaluation sérieuse de sa condition à ce moment. Loin d'être banales, les notes d'évolution permettent de s'assurer d'un continuum de soins et une compréhension de l'évaluation par le médecin.

Je crois utile de reprendre les propos du Collège de médecins du Québec concernant la tenue des dossiers :

« Or, il ne faut pas oublier qu'une bonne tenue de dossiers témoigne généralement de la qualité de la démarche clinique et, par conséquent, de sa compétence.

Ainsi, le dossier demeure la pierre angulaire de l'évaluation de l'acte ou de l'exercice du médecin, que cette évaluation soit réalisée par lui-même ou par un tiers, en cabinet ou en établissement. Une pauvre tenue de dossiers constitue en effet un des obstacles majeurs rencontrés lors d'un travail d'évaluation de l'acte ou de l'exercice puisqu'elle nuit à l'extraction de données et ne reflète pas toujours fidèlement la réalité clinique sous-jacente. »¹

De plus, le Collège des médecins a rappelé sur son site web (Actualité du Collège) qu'une note détaillant l'examen physique réalisé, l'évaluation clinique effectuée, les ordonnances délivrées et un résumé des discussions tenues avec la patiente, le patient ou son mandataire devrait être consignée au dossier d'un résident en CHSLD².

Pour poser un diagnostic différentiel afin de choisir un traitement approprié, un *médecin* doit compléter une démarche clinique adaptée à la situation, incluant une évaluation à l'aide de questionnaire, examen physique ou mental et d'examens paracliniques au besoin.

Il est vrai que l'approche interdisciplinaire est encouragée. Néanmoins, le diagnostic doit être effectué par le médecin. Il est important de rappeler la différence entre l'exercice de la médecine et l'exercice infirmier :

« *L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.* »³ ;

« *L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, de prévenir la maladie et d'offrir le soulagement approprié des symptômes.* »⁴

Puisque je n'ai trouvé aucune évaluation médicale ni aucun élément expliquant les raisons pour lesquelles le médecin a procédé à l'administration de soins palliatifs, je crois qu'il y a lieu de réviser le dossier de M. [REDACTED] pour s'assurer qu'il a reçu un suivi médical approprié, le 18 mai 2025.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c.S-4.2) prévoit que les usagers ont droit de recevoir des soins et services adéquats de façon personnalisée et sécuritaire.

¹ « Pourquoi tenir un dossier clinique ? », *La pertinence d'une bonne tenue de dossiers cliniques*, du Collège des médecins_(/fr) du Québec

² 21 août 2025- Rappels et recommandations quant à la prise en charge clinique en CHSLD

³ *Loi médicale*, R.L.R.Q c. M-9, article 31

⁴ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.L.R.Q. c. I-8, article 36

Le CHSLD est un milieu de vie adaptés pour les personnes qui ont besoin d'assistance et de soins plusieurs heures par jour. Il est le dernier lieu de résidence de la grande majorité de la clientèle qui y est hébergée. Dans ce contexte, les personnes qui y sont hébergées doivent recevoir un accompagnement de qualité ce qui permet de leur assurer une vie empreinte de dignité et de respect, comme dans le cas de M. [REDACTED] où il s'y trouvait en raison des besoins d'assistance propres à sa condition médicale.

En considérant les conclusions de l'autopsie virtuelle, démontrant l'absence de traumatisme et en analysant les circonstances qui entourent le décès, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations.

CONCLUSION

Monsieur [REDACTED] est décédé des suites d'une broncho-pneumonie bilatérale dans le contexte d'une infection fongique au niveau buccal et oropharyngé.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je recommande :

Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (CIUSSSE), dont fait partie le Centre d'hébergement et de soins de longue durée d'East Angus, de :

- [R-1]** Procéder à la révision du dossier dans le but de s'assurer que les soins qui ont été prodigués à la personne décédée, le 18 mai 2025, respectaient les plus hauts standards de qualité et le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité ;
- [R-2]** S'assurer qu'un médecin procède à une évaluation clinique complète en cas de dégradation significative présumée de l'état de santé d'un résident en CHSLD ;
- [R-3]** Sensibiliser les médecins aux obligations professionnelles entourant l'évaluation d'un résident en CHSLD afin d'assurer une prise de décision clinique et la nécessité de documenter le dossier dans le but de s'assurer d'un continuum de soins.

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 Sherbrooke, ce 12 décembre 2025.

Me Kathleen Gélinas, coroner