

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-07536

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.

Mme Shirley-Ann Lahue

BUREAU DU CORONER		2024-07536
2024-10-02		N° de dossier
IDENTITÉ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> [REDACTED] Prénom à la naissance 77 ans Âge Montréal Municipalité de résidence </div> <div style="width: 45%;"> [REDACTED] Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province Canada Pays </div> </div>		
DÉCÈS <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 2024-04-01 Date du décès Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal Lieu du décès </div> <div style="width: 45%;"> Montréal Municipalité du décès </div> </div>		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] a été identifié visuellement par une proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

En mars 2023, M. [REDACTED] est en attente pour une place d'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sur le territoire de Laval. En attendant d'obtenir une place, il déménage dans une résidence privée pour aînés (RPA), offrant des soins et services pour des personnes ainées ayant une perte d'autonomie légère à modérée. Des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires (PAB), qui sont des employés de la RPA, veillent aux soins de M. [REDACTED].

Cette RPA se trouve cependant sur le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du NIM). Une intervenante pivot du Centre local de services communautaire (CLSC) de Bordeau-Cartierville est affectée à son dossier et a comme rôle, entre autres, d'assurer que les soins et services qu'il reçoit correspondent à ses besoins tout au long de son séjour en RPA.

En janvier et février 2024, l'état clinique de M. [REDACTED] se détériore de façon marquée et le 26 février 2024, il est conduit en ambulance à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). M. [REDACTED] est hospitalisé pour une diminution de l'état général, l'inappétence, la difficulté à la marche, une infection fongique et rougeurs au siège. Des lésions aux coudes et aux fesses qui pourraient se transformer en plaies de pression s'il n'est pas mobilisé davantage sont observées. Il retourne à la résidence le lendemain avec un traitement antifongique, mais le portrait de services requis fait état d'un résident en grande perte d'autonomie.

Dès son retour à la RPA, la direction de la résidence signale à l'intervenante pivot du CLSC que la situation clinique de M. [REDACTED] est trop lourde et dépasse l'offre de service de la résidence. Des services de PAB en présence constante avec M. [REDACTED] (24/7) d'une agence privée sont rapidement mis en place par le CLSC en attendant qu'une place en hébergement de type CHSLD soit disponible pour accueillir M. [REDACTED]. De plus, au début du mois de mars 2024, un ergothérapeute réalise une évaluation du degré d'autonomie de M. [REDACTED] et de son environnement. L'évaluation révèle un portrait clinique présentant plusieurs incapacités et une

détérioration certaine de l'autonomie. Des ajustements des équipements sont effectués et des recommandations significatives sont formulées afin d'augmenter son confort et réduire les risques de blessures.

Le 28 mars 2024, le bureau de soins de la RPA contacte l'intervenante pivot du soutien à domicile du CLSC pour l'informer que le profil clinique de M. [REDACTED] est de nouveau trop lourd pour leur offre de service, et ce malgré la mise en place des services de PAB 24/7. La même journée, une place en hébergement transitoire au CHSLD de Saint-Laurent (du CIUSSS du NIM) se libère et M. [REDACTED] obtient enfin une place en CHSLD après près d'un an d'attente. Le matin du 29 mars 2024, en venant préparer M. [REDACTED] pour son déménagement, l'infirmière auxiliaire note qu'il réagit peu aux stimuli, a la respiration sifflante et semble avoir de la douleur, mais est incapable de parler. Le PAB de l'agence privée informe l'infirmière auxiliaire que M. [REDACTED] ne réagit pas depuis la nuit précédente. Ses signes vitaux sont pris et sa glycémie est prise et est élevée. Le 911 est signalé et M. [REDACTED] est amené à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM) du CIUSSS du NIM en ambulance.

À son arrivée à l'HSCM, M. [REDACTED] est pris en charge par l'équipe soignante et réhydraté. Les diagnostics suivants sont posés: un sepsis d'origine indéterminé, une insuffisance rénale aiguë, un diabète déséquilibré, un infarctus du myocarde et des plaies de pression.

Le jour suivant son admission, il est constaté que le pronostic de récupération fonctionnelle de M. [REDACTED] est nul et il est à haut risque de futurs épisodes infectieux. Considérant le pronostic réservé de M. [REDACTED], l'équipe traitante et la famille optent pour les soins palliatifs. Son niveau de soins est changé et des médicaments sont prescrits pour assurer son confort. M. [REDACTED] décède le 1^{er} avril 2024 en soirée.

Le décès de M. [REDACTED] est constaté par un médecin de l'Unité de soins palliatifs de l'HSCM le 1^{er} avril 2024.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme le décès de M. [REDACTED] a été signalé au Bureau du coroner par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du NIM 6 mois après son décès, le corps n'était plus disponible et aucune autopsie, examen externe ou analyse toxicologique n'a pu être effectuée.

ANALYSE

Commentaires préliminaires

En vertu de la *Loi des Coroners* (la Loi), le coroner a pour mandat de déterminer les causes probables et les circonstances de tout décès qui survient au Québec. Aussi, si un décès survient dans un contexte de négligence, le coroner doit investiguer un tel décès.

Dans le cas présent, la cause de décès de M. [REDACTED] est un sepsis. Ce sont les circonstances de ce décès qui demeurent nébuleuses et que je dois analyser. Est-ce que ce décès était évitable?

Il est important de souligner que je ne peux pas remettre en question les différents diagnostics posés par les médecins qui ont soigné M. [REDACTED] et je ne peux pas me prononcer sur la qualité

des soins qu'il a reçus durant son séjour à la RPA. Il y a des organismes dont c'est le mandat. Cependant, si dans le cadre de mon investigation, certaines questions surgissent, je peux faire des recommandations à différents organismes pour une meilleure protection de la vie humaine. La Loi ne me permet pas de me prononcer sur la responsabilité civile ou même criminelle d'une personne pouvant être impliquée dans un décès.

Ces précisions étant faites, il est important de mentionner que rapidement après le décès de M. [REDACTED], ses proches soumettent une plainte au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du NIM. D'ailleurs, c'est le Commissaire aux plaintes qui a signalé le décès de M. [REDACTED] au Bureau du coroner au mois d'octobre 2024. J'ai obtenu la copie de la réponse transmise à la famille et il est important d'y faire référence dans le cadre de cette analyse. Aussi, pour déterminer si des recommandations doivent être formulées, il est important de revenir sur certains éléments du séjour de M. [REDACTED] à la RPA.

La révision de dossier clinique de M. [REDACTED]

Selon le dossier clinique de la RPA et du CLSC, M. [REDACTED] a des antécédents de trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, d'hydrocéphalie, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de diabète de type 2, d'insuffisance rénale chronique et d'anémie. D'ailleurs, de nombreux médicaments lui sont prescrits pour ces conditions. Son niveau de soins est B, c'est-à-dire que les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie.

Comme décrit plus haut, M. [REDACTED] était hébergé de façon transitoire à la RPA en attendant une place en CHSLD, et ce, depuis avril 2023. Après son hospitalisation au CHUM, le 28 février 2024, l'intervenante pivot s'assure que des services de PAB 24/7 soient mis en place rapidement et une mise à jour du dossier pour le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) ainsi qu'une demande prioritaire d'évaluation en ergothérapie sont effectuées pour M. [REDACTED] en raison de sa perte d'autonomie importante, de ses besoins qui dépassent l'offre de service en soin de la RPA et de son risque de plaie de pression.

Aucune demande d'évaluation par une infirmière au CIUSSS du NIM n'est formulée par l'intervenante pivot. Malgré le dépassement de services de soins, une évaluation primordiale par une infirmière, l'élaboration d'un plan d'intervention infirmier et son suivi n'ont malheureusement pas eu lieu.

Au dossier clinique du résident tenu par la RPA, du 28 février au 3 mars 2024, il n'y a pas de note d'infirmière auxiliaire malgré l'hospitalisation récente de M. [REDACTED] et la présence de lésions ayant un potentiel de progresser en plaie de pression. À partir du 4 mars 2024, il est indiqué à maintes reprises que M. [REDACTED] ne s'alimente pas ou peu. Selon les registres des actes facturés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), une consultation médicale a eu lieu le 6 mars 2024 et le Dexilant (médicament pour réduire l'acidité de l'estomac) a été prescrit. Il s'agit de la dernière visite médicale facturée au mois de mars par le médecin de famille de M. [REDACTED]. Il est impossible de connaître la portée et les résultats de l'évaluation médicale qui a eu lieu 6 mars 2024 puisque les notes de suivi clinique du médecin traitant de M. [REDACTED] ne se trouvent pas ni au dossier de la RPA ni à la clinique médicale de celui-ci.

De plus, toujours selon le dossier clinique du résident tenu par la RPA, les glycémies enregistrées du 16 au 29 mars 2024 sont élevées et bien au-dessus de ses valeurs des mois

précédents. Malgré ces signes, il n'a pas de note au dossier de la RPA ou du CLSC indiquant que le médecin traitant ou autre intervenant habilité à faire une évaluation clinique a été avisé. Aucun bilan sanguin, culture ou ajustement de la pharmacothérapie n'a été ordonné ni effectué entre le 7 et le 28 mars 2024 non plus selon le dossier clinique du résident tenu par la RPA et le dossier Santé Québec.

Au courant du mois de mars 2024, les observations de l'ergothérapeute mettent en lumière des défis en lien avec les services requis par l'état de santé de M. [REDACTED]. Alors qu'il présente une fragilité cutanée bien documentée avec plaie au coccyx, la tête de lit demeure relevée sans raison. Le matelas de M. [REDACTED] est installé à l'envers. Il est donc en appui sur la mousse de base du matelas (très ferme), présentant une housse inextensible, et non la mousse de surface qui permet de répartir la pression. L'ergothérapeute constate une altération du positionnement de M. [REDACTED] dans son fauteuil gériatrique alors que tous les ajustements avaient été faits lors de la livraison du fauteuil. Ces altérations génèrent des risques de glissement, et conséquemment de cisaillement au niveau cutané, entraînant un risque de chute et exacerbant le risque de plaie. Ces observations sont signalées verbalement à la direction de la RPA et par écrit à l'intervenante pivot.

La semaine avant son décès, le diabète de M. [REDACTED] est débalancé, il est plus somnolent, manque d'appétit et la nuit du 28 au 29 mars 2024, une altération de l'état de conscience de M. [REDACTED] a été observée par le PAB 24/7 et rapporté à l'infirmière auxiliaire le lendemain matin.

Aucune infirmière n'est présente à la RPA, seules des infirmières auxiliaires et des PAB relèvent de la RPA. Ainsi, quoique les infirmières auxiliaires et PAB réalisent un travail précieux auprès des résidents, il convient de rappeler que l'exercice de leur rôle atteint sa pleine efficacité lorsqu'il s'actualise en collaboration avec des professionnels dont le champ de pratique leur permet d'évaluer la condition clinique d'une personne.

Selon le dossier clinique du résident tenu par le CLSC de Bordeaux-Cartierville, lorsque M. [REDACTED] est admis en RPA en 2023, sa condition clinique nécessitait des évaluations d'une infirmière qui n'ont malheureusement jamais eu lieu durant tout son séjour à la RPA. Un plan thérapeutique infirmier n'a donc jamais été réalisé pour lui malgré sa situation de santé extrêmement vulnérable. L'intervenante pivot assignée au dossier n'étant pas infirmière ne pouvait pas élaborer un tel plan ni le transmettre aux infirmières auxiliaires afin de structurer, personnaliser et ajuster les soins infirmiers pour répondre aux besoins spécifiques de M. [REDACTED].

Les doutes des proches concernant la qualité des soins offerts à M. [REDACTED]

Les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] restent incompréhensibles pour ses proches et ils adressent une plainte au Commissaire des plaintes de l'établissement peu après son décès. Ils s'interrogent sur la qualité des soins et des services que leur proche a reçu durant son séjour à la RPA et le manque de vérification de la qualité des services rendus par les PAB d'agence privée envoyés pour soutenir la RPA. Ils déplorent l'absence de concertation entre les CLSC, RPA et le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) de différents territoires ainsi que les politiques contraignantes entourant l'admission d'une personne en CHSLD.

La réponse du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services transmet une réponse écrite à la famille de M. [REDACTED] le 16 octobre 2024. Elle aborde d'abord la difficulté d'accès aux ressources d'hébergement de type CHSLD. Ces manquements sont attribués aux défis de communication et de coordination entre les MAH de la grande région de Montréal. Les rôles et responsabilités des établissements dans l'offre d'hébergement transitoire doivent être clarifiés lorsque l'usager est en attente d'hébergement dans un territoire autre que son territoire d'appartenance.

Pour la qualité des soins et services offerts à M. [REDACTED] pendant les dernières semaines de son séjour, un échec de la mise en place d'une concertation clinique efficace est constaté. De nombreux acteurs, tant au sein de la RPA que provenant de l'équipe clinique de l'établissement étaient impliqués auprès de M. [REDACTED] sans toutefois échanger de l'information et se concerter afin d'assurer un maintien à domicile sécuritaire. Les enjeux rencontrés en matière de coordination des soins et services ainsi que la mise en place de filet de sécurité systématique apparaissent d'ordre systémique.

Des questions importantes qui restent en suspens

Malgré la réponse détaillée de la Commissaire aux plaintes et à la qualité de services du CIUSSS du NIM, plusieurs questions importantes restent en suspens.

Pourquoi n'est-ce que le 28 mars 2024 que l'intervenante pivot reçoit un avis du bureau de santé de la RPA signalant que l'état clinique de M. [REDACTED] était trop lourd pour leur l'offre de services? Pourtant, les dernières semaines avant son décès, les notes des infirmières auxiliaires de la RPA décrivent un résident en déclin sur les plans médical et fonctionnel. L'absence de PTI avec des objectifs de soins clairs pouvant servir de guide de soins pour l'équipe en place à la RPA a pu contribuer aux délais de détection du déclin de l'état santé de M. [REDACTED].

Les dossiers multiples (CLSC, RPA, médecin de famille, hôpitaux) conservés à différents endroits rendent la concertation des soins par l'équipe soignante et paraclinique particulièrement ardue et complexe. De plus, les notes médicales du médecin traitant de M. [REDACTED] ne se sont avérées introuvables.

La communication entre les PAB de l'agence et les infirmières auxiliaires de la RPA s'effectue uniquement lorsque les PAB de l'agence signalent une observation ou un changement d'état nécessitant une attention particulière. Ces échanges se font verbalement uniquement. Aucun plan de travail de PAB ou feuille de suivi quotidienne pour ajuster l'assistance, les soins et rapporter toutes les informations pertinentes aux infirmières auxiliaires n'a été conservé. Il est donc impossible de connaître la portée de la communication entre les PAB de l'agence. D'autre part, une grille des signes vitaux se trouve au dossier de la RPA, mais les paramètres de M. [REDACTED] n'y sont pas enregistrés par les infirmières auxiliaires de la RPA depuis août 2023. Certaines des informations sont plutôt inscrites dans les notes d'infirmières auxiliaires parmi toutes les autres observations les rendant difficiles à repérer.

La présente investigation met aussi en lumière les lacunes dans le processus de traitement des demandes de relocalisation du CISSS de Laval et de la communication entre les MAH de Laval et du CIUSSS du NIM. Le 4 mars 2024, le MAH de Laval a reçu la mise à jour soulignant que les besoins en soins médicaux de M. [REDACTED] nécessitaient une relocalisation urgente. Toutefois, le MAH de Laval ne donne pas suite à la mise à jour du statut de M. [REDACTED] avant le

27 mars 2024 alors que la cible de délai de réponse dans une telle situation est de 48 heures. Entre le 4 et le 27 mars 2024, aucune note de suivi du statut de la demande de relocalisation n'a été consignée au dossier par les intervenants du MAH du CIUSSS du NIM.

À la fin du mois de mars 2024, n'obtenant pas de réponse du MAH du CISSS de Laval et à la suite du déclin de l'état de santé de M. [REDACTED], une demande de placement urgente au MAH du CIUSSS du NIM a été nécessaire afin de le relocaliser.

Mesures correctives mises en place depuis le décès

Au Québec, toute personne qui exploite une RPA ou qui souhaite ouvrir une nouvelle RPA doit obtenir une certification. La certification reconnaît la conformité des RPA selon des critères et des normes que l'on retrouve dans le Règlement sur la certification des RPA. Le règlement détermine les exigences auxquelles l'exploitant d'une RPA doit se conformer. Selon la catégorie et la taille de la résidence, il aborde plusieurs thèmes qui concernent les services offerts, les obligations des exploitants ainsi que les droits des résidents. Cette certification est délivrée par le CIUSSS ou le CISSS de chaque région qui agissent comme bureau de certification officiel du gouvernement.

Dans le cadre de mon investigation et à la suite des recommandations émises par la Commissaire aux plaintes du CIUSSS du NIM, j'ai constaté que les mesures correctives ont été mises en place depuis le décès de M. [REDACTED] par le bureau de certification (qui relève de la direction de qualité, évaluation, performance et éthique) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, afin d'assurer une traçabilité des dossiers des usagers.

Aussi, la direction des services à domicile et proximité a procédé à la révision complète du dossier de M. [REDACTED] en ce qui concerne son séjour à la RPA. Je tiens à saluer leur leadership et leur proactivité à étendre les améliorations suivantes non seulement à cette RPA, mais dans toutes les RPA qui relèvent du CIUSSS du NIM, dans le but d'améliorer la qualité des services.

Les mesures suivantes ont été prises pour accompagner les RPA qui accueillent des résidents ayant des profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) supérieurs à 10 (un profil SMAF de 10 à 14 indique que l'individu est en grande perte d'autonomie), et qui sont en attente d'une place en CHSLD, dans une offre de services sécuritaire pour le maintien de la personne dans la ressource.

- Le CIUSSS du NIM a mis fin aux services de PAB en 24/7 en RPA. Cette modalité « facilitait» les maintiens en RPA précaires par le passé. La cessation des 24/7 fait en sorte de prioriser les demandes de relocalisation auprès du MAH.
- Dans l'attente, le CIUSSS du NIM met en place des services de soins et d'assistance qui sont offerts par des employés de l'établissement ce qui assure une vigie de la qualité.
- Ils se sont également dotés d'une guide de pratique en RPA qui vient baliser les rôles attendus de la RPA, mais également des équipes cliniques. Aussi, des directives ont été mises à jour en 2024-2025 concernant, entre autres, les mécanismes de communication cascade-escalade, la prévention des lésions de pression et le retour d'un usager de l'hôpital.

- L'élaboration, implantation et diffusion d'un algorithme décisionnel auprès de toutes les équipes cliniques RPA afin d'assurer l'implication systématique d'une infirmière de l'équipe clinique, lorsque l'intervenant pivot n'est pas de formation infirmière. Ce travail a été réalisé avec le soutien de la Direction des soins infirmiers.

Il a été aussi recommandé qu'un processus formalisé de concertation interdisciplinaire pour les situations cliniques fragilisant le maintien de la personne dans son milieu de vie soit mis en place. Ce processus devrait inclure les modalités de contribution des résidents et de leurs proches.

- L'établissement a proposé différentes modalités de communication dont la mise en place est envisagée pour l'automne 2025. Il s'agit d'une recommandation qui est toujours en suivi par la Commissaire aux plaintes du CIUSSS du NIM. Je considère que cette recommandation va contribuer à une meilleure protection de la vie humaine et je tiens à la réitérer.

Finalement, en ce qui concerne la révision du dossier de M. [REDACTED] en collaboration avec le Mécanisme de l'accès à l'hébergement du CIUSSS NIM et de celui du CISSS de Laval, afin de dégager des pistes d'amélioration pour éviter qu'une telle situation ne se produise à nouveau :

- L'établissement a procédé à une révision de son processus de relocalisation interterritorial avec la table régionale des MAH de Montréal. Le résultat de ces travaux a été proposé pour échanger sur la question avec le CISSS de Laval. Au moment de mon suivi avec la Commissaire aux plaintes du CIUSSS du NIM, le MAH de Laval n'y avait pas donné suite. La Commissaire aux plaintes du CIUSSS n'ayant pas de juridiction sur le CIUSSS de Laval, il m'apparaît important de faire une recommandation à ce sujet à cet établissement.

Lorsque l'état d'une personne requiert qu'elle soit en CHSLD mais que les places ne sont pas disponibles, le réseau de la santé doit mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer la prise en charge adéquate. Une coordination entre les intervenants et la vigie constante doivent être assurées pour évaluer si les mécanismes en place fonctionnent et répondent aux besoins des usagers vulnérables.

Je considère que les recommandations de la Commissaire aux plaintes du CIUSSS du NIM vont contribuer à diminuer le risque de décès et je vais réitérer certaines de ces recommandations dont les mesures n'ont pas été finalisées et que j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un sepsis en raison de nombreuses complications médicales dont un diabète non contrôlé.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

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

- [R-1]** Rappelle aux équipes qui viennent en soutien aux RPA l'importance que l'information consignée aux notes, aux plans de traitements et aux formulaires soit exacte, actuelle et relative aux résidents afin d'assurer la continuité, la qualité et la cohérence des soins et des services rendus ;
- [R-2]** Mette en place un processus formalisé de concertation interdisciplinaire pour les situations cliniques fragilisant le maintien de la personne dans son milieu de vie, incluant les modalités de contribution des résidents et de leurs proches, dans les meilleurs délais.

Que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval** :

- [R-3]** Procède à une révision des processus de traitement des demandes de relocalisation et apporte les modifications nécessaires afin d'assurer que les demandes soient traitées dans un délai approprié à leur niveau de priorité.

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 Granby, ce 6 janvier 2026.

Shirley-Ann Lahue, coroner