

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



2022-09477

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 Julie A. Blondin

BUREAU DU CORONER		
2022-12-16 Date de l'avis	2022-09477 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
85 ans Âge	Féminin Sexe	
Saint-Calixte Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2022-12-14 Date du décès	Saint-Jérôme Municipalité du décès	
Hôpital de Saint-Jérôme Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M^{me} ██████████ ██████████ est identifiée visuellement par sa famille à l'Hôpital de Saint-Jérôme du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M^{me} ██████████ est entrée à l'Hôpital de Saint-Jérôme le 12 décembre 2022 en raison de symptômes grippaux. Elle souffrait de troubles neurocognitifs, mais était autonome à la marche et dans ses activités quotidiennes avec une certaine supervision. Elle vivait avec un membre de sa famille qui était proche aidant.

Le triage à l'urgence a été effectué ainsi qu'une collecte de données par le personnel. Moins d'une heure après son triage, le médecin de l'urgence réalise une procédure de cardioversion électrique visant à régulariser son rythme cardiaque. Dans les heures qui suivent, l'abdomen de M^{me} ██████████ prend de l'ampleur.

À cet effet, une imagerie médicale est réalisée le 14 décembre 2022 à 2 h 7 et révèle que M^{me} ██████████ a de nombreux caillots à l'intestin, une nécrose intestinale en plus d'une atteinte multi organique. Les proches sont informés seulement de la nécrose intestinale. La famille souhaitait un niveau de soins actifs, notamment une opération et un traitement médical conventionnel. Aucune de ces options n'a été envisagée par les médecins traitants, estimant que M^{me} ██████████ était plutôt en fin de vie. M^{me} ██████████ décède le 14 décembre 2022 tel que constaté par le médecin à 20 h 46.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 17 décembre 2022 à la morgue de Montréal. Aucune lésion contributive au décès n'a été observée. Elle n'avait aucune marque traumatique.

Une autopsie virtuelle par imagerie médicale post mortem (tomodensitométrie sans injection de produit de contraste) a été pratiquée le 18 décembre 2022 à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Dans son rapport, le médecin a indiqué qu'une atteinte multi organique sévère, dont notamment des signes d'ischémie mésentérique/nécrose intestinale, était visualisée sur

le scan pré mortem fait avec contraste intraveineux du 14 décembre 2022 et expliquait la cause de décès. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'alcoolémie était non détectée. La présence de morphine en concentration thérapeutique a été décelée. Aucune autre substance pertinente à la cause du décès n'est détectée lors de cette étude.

ANALYSE

Le 16 décembre 2022, le décès de M^{me} [REDACTED] nous est déclaré deux jours après sa mort par sa famille. Un proche indique que plusieurs erreurs dont l'administration d'une dose fatale de morphine serait à l'origine de son décès ainsi que des motifs de décès obscurs.

Plusieurs questions sont soulevées lors de cette investigation. Notre analyse fera état de ces questionnements. M^{me} [REDACTED] est entrée à l'Hôpital de Saint-Jérôme le 12 décembre 2022 et décède le 14 décembre 2022. L'intervention médicale se déroule en 41 heures environ et se termine par son décès.

Tout d'abord, la famille se demande si la procédure de cardioversion électrique était nécessaire alors que M^{me} [REDACTED] était à l'urgence pour des symptômes d'allure grippaux. Le coroner ne peut se prononcer sur la qualité des actes médicaux. Nous énoncerons toutefois une certaine chronologie de ces actes pour établir le contexte.

La procédure de cardioversion

Le 12 décembre 2022, l'aidante naturelle stationne sa voiture quelques minutes et laisse M^{me} [REDACTED] sur une chaise à l'entrée de l'urgence sous la supervision d'une infirmière. L'infirmière du triage prend sa tension artérielle afin de s'assurer qu'elle n'est pas en danger. Elle tente de lui demander son identité, mais M^{me} [REDACTED] ne lui répond pas. On comprend que M^{me} [REDACTED] est inapte en raison de ses problèmes cognitifs et qu'elle ne peut répondre à des questions verbalement. Cela n'est pas documenté au dossier et provient de certaines vérifications faites tant auprès de l'infirmière que de la famille.

Selon la feuille de triage, M^{me} [REDACTED] est présente le 12 décembre 2022 à 23 h 57. Ses signes vitaux sont pris à ce moment par une infirmière (saturation à 95 %, tension artérielle à 176/93). Il est inscrit « non accompagné ». Un formulaire de consentement non signé lors de l'inscription figure au dossier. La priorisation de ses soins est catégorisée P2 selon *l'Échelle canadienne de triage et de gravité*. Sa condition est dite très urgente.

Le 13 décembre 2022 à 0 h 2, une infirmière indique que M^{me} [REDACTED] a eu une détresse respiratoire ce jour, mais qu'elle est difficile à évaluer en raison de sa démence. Elle demande un électrocardiogramme (ECG). À 0 h 5, un électrocardiogramme (ECG) montre un flutter auriculaire (un trouble du rythme cardiaque où les parties du cœur battent trop rapidement), un infarctus septal d'âge indéterminé, une anomalie des ondes cardiaques (ST et T) avec une possibilité d'ischémie latérale (défaillance en oxygénation au cœur).

Le 13 décembre à 0 h 15, M^{me} [REDACTED] est installée dans un secteur de l'urgence. Elle a une respiration difficile et un roucoulement est audible. À 0 h 47, alors que le médecin est au chevet de M^{me} [REDACTED] il débute la procédure de cardioversion électrique dans l'aire de choc moins d'une dizaine de minutes plus tard.

Le médecin de l'urgence rédige ensuite sa note après la réalisation de la procédure de cardioversion. Un historique des signes vitaux du triage est contenu dans sa note médicale de l'urgence du 13 décembre 2022 à 1 h 25. Le médecin fait mention que M^{me} [REDACTED] présentait des difficultés respiratoires depuis une semaine et que cela s'est détérioré dans la soirée du 12 décembre 2022. Il précise que les proches désiraient des soins maximaux malgré ses explications. Il a émis un diagnostic d'œdème aigu du poumon, de pneumonie, de syndrome coronarien aigu, de sepsis, de détresse respiratoire sur virus respiratoire syncytial, de flutter rapide de novo nécessitant un transfert à l'aire de choc sous sédation procédurale.

Par la suite, un examen des poumons par imagerie est réalisé. La fin de l'examen est notée à 1 h 36. Le radiologiste conclut à un début de pneumonie d'aspiration et des signes d'hypertension veineuse pulmonaire.

La documentation dans le dossier médical à l'urgence

Les échographies cardiaques réalisées à l'urgence ne comportent pas de nom de patient. Ils sont imprimés et collés sur une feuille selon les explications que nous avons obtenues. Ils sont illisibles dans le dossier tel que transmis. Une clarification a été demandée. Il appert qu'elles ont été réalisées le 13 décembre 2022 à 1 h 51, après la cardioversion électrique.

Il existe des notes tardives en soin infirmier portant sur les signes vitaux de M^{me} [REDACTED] qui ne peuvent être vérifiées. Plusieurs mentions d'électrocardiogrammes figurent dans le dossier médical et seuls deux sont disponibles dans le dossier, soient celui des 13 décembre 2022 à 0 h 5 et à 6 h 16.

Le niveau de soins de M^{me} [REDACTED]

Avant le 12 décembre 2022 à son arrivée à l'urgence, M^{me} [REDACTED] était autonome dans ses déplacements. Elle habitait avec un membre de sa famille, une aidante naturelle. Elle mangeait seule et pouvait présenter des difficultés à s'exprimer. La semaine précédant son décès, M^{me} [REDACTED] avait une toux et des sécrétions, d'où la consultation à l'urgence. Selon la volonté que M^{me} [REDACTED] avait déjà énoncée à ses proches, elle voulait vivre et bénéficier de soins actifs. La famille exprimait ce choix aux différents médecins vus.

À l'urgence, des soins actifs ont tout d'abord été dispensés à M^{me} [REDACTED] selon les volontés exprimées par sa famille à l'urgentologue qui avait proposé initialement d'autres soins à la famille axés sur le soulagement de la douleur.

Un peu plus tard, un second médecin a eu une discussion avec la famille concernant le niveau de soins de M^{me} [REDACTED]. Le 13 décembre 2022 aux alentours de 16 h 10, il inscrit que la famille souhaite un niveau de soins actifs (A) malgré les troubles neurocognitifs sévères de la patiente et que les proches nient sa souffrance tandis que d'autres membres de la famille sont d'avis que le traitement de confort doit être augmenté. Le médecin a précisé à la famille qu'un scan sera effectué étant donné l'abdomen devenu distendu de M^{me} [REDACTED] mais que cela était futile. La famille a accepté qu'elle reçoive des petites doses de morphine et le médecin note que la famille cheminait lentement vers les soins de confort.

Le 14 décembre 2022, un examen d'imagerie médicale réalisé dans la nuit indique que M^{me} [REDACTED] a des caillots dans l'artère mésentérique supérieure et la veine mésentérique supérieure. Il y a présence de signes d'ischémie mésentérique avec une nécrose intestinale

(condition grave où la circulation sanguine vers l'intestin est réduite ou bloquée). Il existe de l'ascite, un infarctus au rein droit, à la rate et infarctus au foie possible. Il faudrait l'opérer d'urgence pour enlever les caillots. L'opération n'est toutefois pas envisageable selon un troisième médecin traitant, car elle affirme qu'aucun spécialiste ne voudra l'opérer étant donné sa fragilité. Elle propose un médicament pour dissoudre le caillot, mais il y a un effet secondaire à cette médication (un risque hémorragique). On continue à lui administrer des petites doses de morphine.

Selon les feuilles d'administration de médicaments, M^{me} [REDACTED] n'a pas reçu de morphine depuis la soirée du 13 décembre 2022 à 22 h 16. La dernière dose de 5 mg de morphine a été administrée le 14 décembre 2022 à 16 h 35. Elle décède quelques minutes plus tard. Elle n'a pas reçu de morphine durant la journée, bien que la famille y eût consenti.

La dose de morphine administrée la journée du décès de M^{me} [REDACTED] n'était ni toxique ni létale selon les analyses toxicologiques que nous avons effectuées. On ne peut prétendre que cela a causé son décès.

La feuille d'informations aux points de transition en milieu hospitalier indique que le niveau de soins de M^{me} [REDACTED] visait à prioriser le confort (niveau de soins C) et n'impliquait aucune réanimation advenant un arrêt cardiorespiratoire. Après son arrêt cardiorespiratoire, M^{me} [REDACTED] n'a pas été réanimée.

La feuille de niveau de soins et de réanimation cardiorespiratoire au dossier déclare que M^{me} [REDACTED] était inapte et qu'il n'y avait pas de volontés antérieures dans le dossier. Le médecin indiquait que le pronostic était sombre, qu'il n'y avait pas de réanimation, d'intubation, de soins intensifs et qu'il avait répondu aux questions de la famille.

Le suivi clinique de l'utilisateur indiquait que M^{me} [REDACTED] était en fin de vie, mais que la famille niait cette réalité. La famille avait toujours espoir qu'elle puisse être opérée et qu'elle obtienne un congé.

Enfin, la feuille sommaire d'hospitalisation remplie par le dernier médecin traitant mentionnait que M^{me} [REDACTED] a souffert d'une ischémie mésentérique sur cause cardio-embolique plus probable. L'état de M^{me} [REDACTED] était précaire selon elle.

Il ressort de la lecture du dossier médical que la famille n'a pas compris le niveau de soins discuté avec plusieurs médecins, car M^{me} [REDACTED] n'était pas en fin de vie lorsqu'elle est entrée à l'Hôpital de Saint-Jérôme. À son arrivée à l'urgence, des soins actifs ont tout d'abord été demandés par la famille. Ensuite, le niveau de soins a été modifié tacitement après des discussions avec la famille (niveau de soins C) et plusieurs médecins.

Questionnements

Le coroner ne peut se prononcer sur la qualité de l'acte des professionnels ni sur la déontologie en lien avec cette pratique, lesquels ne relèvent que d'un ordre professionnel concerné. Il peut cependant soulever des questionnements sur certains suivis médicaux tels que précédemment annoncés.

Une cardioversion électrique a été faite par le médecin de l'urgence. On comprend qu'il s'agissait de chocs électriques administrés sur le cœur de M^{me} [REDACTED] pour rétablir un rythme cardiaque plus régulier. Le médecin de l'urgence a émis un diagnostic d'œdème aigu du poumon et de détresse respiratoire dans un contexte de flutter auriculaire rapide de novo

nécessitant un transfert à l'aire de choc. Selon lui, M^{me} [REDACTED] présentait un état jugé instable nécessitant une approche urgente. La cardioversion s'avérait un moyen de traiter de façon urgente cette instabilité, dans un contexte de flutter de novo. Il y a alors eu retour de rythme sinusal post cardioversion. Après la cardioversion, M^{me} [REDACTED] demeurait très tachyprnéique. Il n'est pas clair si les effets secondaires de la procédure ont été bien expliqués à la famille. Il n'existe aucune mention dans le dossier à ce sujet. Elle n'a pas eu de traitement d'héparine avant ni après la cardioversion.

D'après mes consultations avec des experts, le choix d'effectuer une cardioversion s'effectue à partir d'un algorithme décisionnel. Habituellement, un anticoagulant pré procédural est donné pour prévenir la formation de caillots. Plusieurs facteurs peuvent influencer ce choix. À la lumière de ce qui est précédemment mentionné, il est permis de se questionner sur le traitement de cardioversion électrique et de sa réalisation. La cardioversion était-elle la meilleure option de traitement ? Était-il judicieux d'effectuer une cardioversion en urgence sans administrer un anticoagulant à la patiente avant la cardioversion ? M^{me} [REDACTED] n'avait pas d'antécédent cardiaque. Il semble qu'aucune alternative de traitement n'ait été envisagée ou proposée. Aurait-on pu envisager l'utilisation d'héparine post cardioversion ? Une consultation en gériatrie et/ou en cardiologie au préalable aurait-elle été pertinente sachant les difficultés cognitives de cette personne et sa condition médicale ?

Le dernier médecin responsable de M^{me} [REDACTED] indique avoir rencontré la famille pour leur expliquer l'évolution de l'état de santé de celle-ci. Il semble que la famille ne comprenait pas la gravité de l'état de santé de cette dernière. À titre de bonnes pratiques, le niveau de soins devrait être consigné par écrit et signé par un mandataire afin d'éviter toute méprise ou désaccord. Aucun écrit du niveau de soins signé par les proches et le médecin ne figure au dossier. En cas de désaccord, le Comité d'éthique de l'Hôpital de Saint-Jérôme pourrait être impliqué afin de permettre à la famille d'obtenir toutes les explications. Il serait opportun de fournir aux familles, toutes les explications nécessaires à la compréhension des niveaux de soins et d'établir une procédure d'accompagnement pour ce faire.

De même, la documentation du dossier médical de M^{me} [REDACTED] est déficiente. La preuve documentaire de plusieurs examens de l'urgence ne figure pas au dossier médical après plusieurs vérifications et demandes adressées aux archives médicales. Il est primordial que les dossiers médicaux soient bien identifiés et documentés conformément aux normes déontologiques de plusieurs Ordres professionnels.

Il n'est pas du mandat du coroner de revoir la qualité des actes médicaux prodigués en la présente instance, nous transmettons le présent rapport au Collège des médecins du Québec à cette fin.

À la lumière de cette investigation, je formulerai des recommandations afin de mieux protéger la vie humaine.

CONCLUSION

M^{me} [REDACTED] [REDACTED] est décédée d'une ischémie mésentérique et d'une atteinte multi organique.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATIONS

Afin de sauver des vies, je recommande :

Au Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides duquel relève l'Hôpital de Saint-Jérôme :

- De réviser la qualité des soins prodigués à la patiente dans ce dossier et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués des patients en pareilles circonstances ;
- De s'assurer que tous les examens soient bien identifiés et documentés dans le dossier des patients ;
- De documenter par écrit le niveau des soins des patients dans le dossier avec la signature des familles concernées ;
- De fournir aux familles toutes les explications nécessaires à la compréhension des niveaux de soins et d'établir une procédure d'accompagnement pour ce faire.

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 Montréal, ce 29 février 2024.



Me Julie A. Blondin, coroner