



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



2023-05149

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-Kim Godin

BUREAU DU CORONER	
2023-07-12 Date de l'avis	2023-05149 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
71 ans Âge	Masculin Sexe
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-07-11 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Ressource transitoire temporaire 428 Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié par le personnel médical sur les lieux de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ séjourne à la ressource transitoire temporaire 428 (RTT 428), qui se situe dans les bâtiments de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

Le 11 juillet 2023, à l'heure du souper, M. ██████████ est assis à la salle à manger de la ressource. Une auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) lui amène son cabaret.

Au cours du repas, une ASSS remarque que M. ██████████ se lève et agite les bras. Elle s'approche pour tenter de comprendre la situation et constate rapidement qu'il est en détresse, ne respire pas et semble s'étouffer. Elle tente donc de pratiquer la manœuvre de désobstruction des voies aériennes (manœuvre de Heimlich), mais sans succès. L'ASSS demande de l'aide. Une éducatrice spécialisée arrive rapidement en renfort et tente à son tour la technique d'Heimlich. M. ██████████ perd connaissance et s'effondre sur cette employée. Il a alors un pouls, mais ne parvient pas à respirer efficacement. Son visage est bleuté et sa saturation est très basse (soit à 35 %).

Il est installé au sol et l'espace autour de lui est sécurisé.

Pendant ce temps, une autre employée loge un appel afin qu'un code bleu soit lancé. Il est environ 17 h 25.

Vers 17 h 30, on demande à des agents d'intervention en milieu psychiatrique (AIMP) d'intervenir. L'équipe d'AIMP arrive sur les lieux vers 17 h 33. M. Hogue est toujours inconscient, n'a plus de pouls et a de la nourriture plein la bouche. Ils tentent avec peu de succès de retirer la nourriture.

Vers 17 h 34, comme les manœuvres ne semblent pas efficaces, une éducatrice appelle la centrale 9-1-1 pour obtenir un transport vers un centre hospitalier. Le répartiteur lui indique qu'une ambulance sera envoyée et de lui demande de rappeler si l'état de M. ██████████ s'aggrave.

Vers 17 h 35, un défibrillateur externe automatisé est amené et est utilisé par l'équipe d'AIMP. Un choc est donné.

Vers 17 h 36, un code bleu est lancé sur les pagettes de l'équipe code bleu de l'IUSMM.

Vers 17 h 38, une éducatrice rappelle la centrale 9-1-1. La répartitrice l'informe qu'une ambulance est sur les lieux et devrait arriver sous peu. Elle lui donne ensuite des directives afin de débiter sans délai le massage cardiaque.

L'équipe d'AIMP effectue ainsi des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) après avoir donné un premier choc.

Vers 17 h 40, l'équipe code bleu de l'IUSMM arrive auprès de M. [REDACTED] et observe qu'il a toujours une obstruction complète des voies aériennes : sa bouche et son larynx sont remplis d'aliments très compactés. Ils dégagent les voies respiratoires en aspirant les débris d'aliments. Ensuite, ils tentent d'intuber M. [REDACTED] mais n'y parviennent pas en raison de la quantité d'aliments qui demeurent présents.

Vers 17 h 43, des techniciens ambulanciers paramédics d'Urgences-santé arrivent et se joignent aux efforts d'intubation et de réanimation. Après quelques essais, un combitube® est bien installé.

En dépit des soins prodigués, le décès de M. [REDACTED] est constaté à 18 h 7 par un médecin de l'équipe de code de l'IUSMM.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont bien documentées dans ses dossiers médicaux et que les événements nous ont été déclarés tardivement, aucune expertise n'a été ordonnée.

ANALYSE

La présente investigation repose essentiellement sur les dossiers médicaux de M. [REDACTED] les rapports d'intervention d'Urgences-santé de même que les échanges que j'ai eus avec les professionnels qui sont intervenus au moment des événements, la cheffe de service des ressources d'établissements transitoires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et le chef de secteur sécurité de l'IUSMM.

Portrait de M. Hogue

M. [REDACTED] souffrait d'une diminution de son autonomie et de plusieurs antécédents médicaux, dont une maladie mentale persistante et permanente (schizophrénie paranoïde réfractaire), une maladie coronarienne athérosclérotique, une sténose carotidienne significative, une maladie de Parkinson, un diabète avec neuropathie diabétique, une hypertension artérielle de même que des troubles respiratoires, de mobilité, d'équilibre et de déglutition.

À travers le temps, M. [REDACTED] présentait une sécheresse de la bouche et avait eu plusieurs épisodes d'étouffement alimentaire.

Ressource transitoire temporaire

M. [REDACTED] vivait auparavant au sein d'une ressource, qui n'était plus en mesure de répondre à ses besoins et de lui offrir un milieu adapté à ses troubles d'équilibre. Des démarches ont donc été entamées pour le transférer dans un milieu adapté à sa condition.

Ainsi, depuis décembre 2022, M. [REDACTED] séjournait temporairement dans la RTT 428, qui est spécialisée en santé mentale. Il était toujours en attente d'une place permanente au moment des évènements.

La RTT 428 n'est pas une ressource privée ni communautaire. Elle fait partie du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et se situe dans les locaux de l'IUSMM. Elle bénéficie ainsi d'employés qui viennent du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (éducateurs spécialisés, auxiliaires aux services de santé et sociaux, infirmières, aides de service, préposés à l'entretien, AIMP).

Analyse des évènements et des facteurs contributifs au décès

En lien avec ses enjeux de déglutition et d'étouffement alimentaire, M. [REDACTED] a fait l'objet d'une évaluation en nutrition et en ergothérapie en 2018. Un plan avait été mis en place afin de diminuer les risques d'étouffement. Selon ses dossiers, M. [REDACTED] avait une diète tendre et adaptée avec prise de liquide clair (ses aliments devaient être hachés, mous et suffisamment humides afin d'être facilement mastiqués). Il avait été suggéré de retirer les aliments adhésifs (comme le gâteau et le pain). Des consignes avaient été formulées afin de favoriser une déglutition sécuritaire, dont :

- Supervision intermittente aux repas ; éviter que monsieur mange seul dans sa chambre entre les repas ;
- Encourager monsieur à couper les aliments ;
- Rappeler à monsieur de bien mastiquer et bien avaler avant de prendre une 2^e bouchée ;
- Rappeler à monsieur de ne pas parler en mangeant.

En janvier 2022, il a fait l'objet d'une évaluation nutritionnelle au cours d'une hospitalisation. On a noté que M. [REDACTED] a eu des épisodes de toux probablement secondaire au fait qu'il s'alimentait rapidement et mastiquait peu. On lui a recommandé de manger plus lentement, de bien mastiquer et d'avalier avant de prendre une autre bouchée. En revanche, il ne semble pas y avoir eu de dépistage de dysphagie ni d'évaluation plus approfondie de l'évolution de ses problèmes de déglutition.

Si on se fie aux évaluations de 2018 et 2022, M. [REDACTED] devait donc faire l'objet d'une supervision lors des repas et on devait lui faire plusieurs rappels afin d'assurer sa sécurité.

Tant à son admission à la RTT 428 en décembre 2022 qu'au moment des évènements, ses problèmes de déglutition, ses risques d'étouffement et une potentielle dysphagie n'ont pas été évalués malgré la progression de son état. De plus, il semble que les recommandations et consignes précédemment émises au niveau de l'alimentation n'étaient pas clairement documentées ni connues de l'équipe sur place. Le personnel ne connaissait donc pas bien son risque d'étouffement et n'était par ailleurs pas habitué avec une clientèle gériatrique et à risque d'étouffement.

Est-ce que la RTT 428 était un milieu sécuritaire et adéquat pour M. [REDACTED] puisqu'elle n'assurait aucune surveillance durant les repas ? Même un milieu de vie temporaire doit être en mesure d'assurer un seuil minimum de sécurité pour ses usagers. Le manque de ressource n'est clairement pas un motif acceptable pour mettre en péril la vie d'un usager.

Mentionnons également qu'en avril 2023, M. [REDACTED] s'est étouffé avec un brocoli lors d'un repas (obstruction partielle des voies aériennes). Le personnel est rapidement intervenu et a réussi à désobstruer ses voies. M. [REDACTED] a eu très peur, mais n'a conservé aucune séquelle des événements.

Le personnel en place a rédigé une note et a avisé l'équipe traitante de M. [REDACTED]. Il souhaite qu'une évaluation de la déglutition et de l'alimentation soit faite. Or, celle-ci n'a pas eu lieu.

Décortiquons maintenant les événements du 11 juillet 2023.

Il y avait deux éducatrices spécialisées et une ASSS à la RTT 428. Selon ces dernières, M. [REDACTED] semblait de bonne humeur et dans son état habituel dans la période précédant le repas. Une ASSS lui a amené son plateau de nourriture pour l'aider, car il utilisait une marchette pour se déplacer. Son repas était notamment constitué d'un pâté de viande.

Lorsque les membres du personnel ont constaté que M. [REDACTED] s'étouffait, ils ont avisé le service sécurité de l'IUSMM (vers 17 h 25) afin de lancer un code bleu. À partir de ce moment, la situation était critique et chaque seconde comptait.

Or, de précieuses minutes se sont alors écoulées pour enclencher la bonne marche à suivre, réduisant du même coup les chances de survie de M. [REDACTED].

Le répartiteur du service a d'abord envoyé des AIMP pour gérer la situation. Aucun appel au 9-1-1 n'a alors été logé et ce n'est qu'une dizaine de minutes plus tard que l'équipe de code de l'IUSMM a été demandée.

Le soutien médical tardait donc à arriver. Les éducatrices et l'ASS de la RTT devaient le constater et sentir l'urgence d'agir. Les éducatrices ont ainsi appelé la centrale 9-1-1 à 17 h 34 et 17 h 38 afin de faire avancer les choses et obtenir de l'aide.

Il s'agit de délais hors du commun et incompatibles avec les directives de l'IUSMM.

N'ayant été alertée qu'à 17 h 36, l'équipe de code est arrivée aussi vite que possible sur les lieux. Les ambulanciers sont arrivés pour leur part à 17 h 43. En effet, même si des manœuvres de réanimation avaient été faites par des AIMP, M. [REDACTED] avait déjà passé plus de 15 minutes sans respirer en raison d'une obstruction complète des voies respiratoires. De précieuses minutes se sont écoulées et a cristallisé le sort de M. [REDACTED].

En somme, une surveillance étroite et une intervention plus rapide auraient certainement amélioré les chances de survie de M. [REDACTED].

Pistes d'amélioration

Afin qu'une telle situation ne se reproduise plus, je suis d'avis que plusieurs actions doivent être prises.

Avant d'orienter un usager vers une ressource transitoire, une évaluation approfondie de ses besoins (ce qui inclut une évaluation de son trouble de déglutition et un dépistage de dysphagie) doit être complétée, *a fortiori* s'il présente des enjeux de déglutition. Cette

responsabilité revient au CIUSSS/CISSS qui demeure responsable de la qualité des soins et des services reçus par l'utilisateur orienté vers une ressource transitoire.

Au surplus, si les troubles d'un usager semblent évoluer, son état doit faire l'objet d'une réévaluation en temps opportun. Ceci n'a toutefois pas été fait dans le cas de M. [REDACTED] malgré son étouffement alimentaire en avril 2023 et les préoccupations soulevées par le personnel de la RTT 428. Il faut améliorer le processus de communication et de suivi.

Un intervenant impliqué m'a d'ailleurs fait remarquer que l'état d'une personne âgée ayant des problèmes de santé mentale peut évoluer très rapidement et requiert une observation constante. Il faut que les mécanismes de collaboration s'adaptent en conséquence et que les interventions pertinentes arrivent en temps opportun.

Un usager qui est à risque d'étouffement et qui a besoin d'un certain niveau de surveillance doit bien évidemment être orienté dans un milieu adapté à ses besoins.

Abordons maintenant le temps de réaction pour lancer un code bleu et contacter la centrale 9-1-1.

La présente investigation a permis de mettre en lumière que des facteurs humains sont à la source des délais rencontrés.

La Loi stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas compétence pour juger de la qualité des actes posés par une personne ou un professionnel de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat. De plus, la situation a été portée à l'attention des personnes concernées au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Au surplus, j'ai eu l'occasion d'échanger avec des membres du programme santé mentale, dépendance et itinérance de même que de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Cette direction a procédé à une révision des événements et a formulé quatre propositions :

1. Mettre en place un mécanisme qui permet aux ressources transitoires de maintenir leurs compétences à jour au niveau des codes bleus ;
2. Réviser les rôles et responsabilités des différents intervenants de la RTT lors des repas afin d'appliquer les consignes pour réduire les risques d'étouffement ;
3. Poursuivre les efforts d'accompagnement des AIMP afin de maintenir les compétences à jour au niveau des procédures des codes bleus ;
4. Poursuivre l'implantation de meilleures pratiques pour les transferts d'information aux points de transition, notamment afin d'avoir accès au plan thérapeutique infirmier, les notes médicales, les rapports des professionnels, selon la situation clinique.

Je ne peux que saluer ces actions et estime que des recommandations supplémentaires contribueraient à prévenir des décès similaires.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une asphyxie par obstruction des voies respiratoires supérieures dans un contexte de trouble de déglutition et de risque d'étouffement connu.

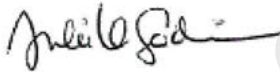
Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

- De revoir son processus d'admission au sein de ses ressources d'établissement transitoire (RTT) afin de mieux évaluer les conditions et besoins des usagers, de mettre en place les mesures requises et d'assurer la sécurité de ses usagers ;
- D'améliorer les mécanismes de collaboration, de partage d'information et de suivi entre les RTT et les équipes traitantes afin que les préoccupations et les demandes des équipes des RTT soient traitées en temps opportun ;
- De revoir les directives en situation de code bleu au sein de ses RTT et de veiller à ce qu'elles soient maîtrisées et appliquées.

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 6 mai 2024.



Me Julie-Kim Godin, coroner