

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



2023-01838

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 Stéphanie Gamache

BUREAU DU CORONER	
2023-03-10 Date de l'avis	2023-01838 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
81 ans Âge	Masculin Sexe
Notre-Dame-de-l'Île-Perrot Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2022-06-16 Date du décès	Pointe-Claire Municipalité du décès
Hôpital général du Lakeshore Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par des proches en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le détail des circonstances du décès de M. ██████████ provient de son dossier médical obtenu de l'Hôpital général du Lakeshore du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital général du Lakeshore) et d'une discussion avec un de ses proches.

Le 14 juin 2022 vers 15 h 15, M. ██████████ se présente au Département d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore car il est essoufflé et il éprouve des douleurs à la poitrine avec irradiation à la mâchoire, au cou, au bras gauche, à l'épaule et au dos. Le patient porte un stimulateur cardiaque et il a d'autres problèmes cardiaques connus. De plus, il informe l'infirmière au triage que ses symptômes sont partiellement soulagés par la prise de nitroglycérine, un médicament qui lui est prescrit.

Vers 16 h 30 le même jour, il y a prise en charge médicale du patient qui est installé dans un lit de la section cardiologie du Département d'urgence et on lui installe un moniteur cardiaque. Il voit le médecin vers 17 h 45, un diagnostic d'angine de poitrine est posé et son état est stabilisé. Vu ses problèmes cardiaques connus et ses symptômes récents, M. ██████████ est gardé sous observation au Département d'urgence dans l'attente d'un transfert à l'étage de cardiologie. De plus, une coronarographie et une angioplastie sont prévues le 17 juin 2022 à l'Hôpital Royal-Victoria du Centre universitaire de santé McGill pour visualiser et possiblement élargir les artères coronaires du patient.

Dans l'attente de ces interventions, les signes vitaux de M. ██████████ sont pris régulièrement et les notes infirmières mentionnent que le patient n'a pas de plainte particulière dans la soirée du 14 juin 2022. Durant la journée du 15 juin 2022, M. ██████████ se porte bien et il consomme ses propres médicaments selon la posologie prescrite.

Vers 0 h 30 dans la nuit du 16 juin 2022, M. ██████████ exprime avoir des douleurs à la poitrine. Ses signes vitaux sont surveillés et le moniteur cardiaque indique un rythme électro-entraîné (par le stimulateur cardiaque) régulier. Vers 0 h 45, le patient indique encore avoir des douleurs, il est repositionné au lit et les notes mentionnent qu'il semble confortable. Une autre note inscrite à 1 h 30 mentionne que M. ██████████ est alerte et que son rythme cardiaque

électro-entraîné est toujours régulier. C'est à 2 h 30 que les notes indiquent que M. [REDACTED] a pris sa nitroglycérine et que de l'acétaminophène lui a été administrée pour contrôler ses douleurs.

À 2 h 40, le patient subit un arrêt cardiorespiratoire et l'équipe médicale est mobilisée pour effectuer des manœuvres de réanimation. Malgré tous les efforts entrepris par l'équipe médicale, le décès de M. [REDACTED] est constaté à 3 h 29, le 16 juin 2022.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

À la demande du Coroner en chef, une investigation est débutée près d'un an après le décès de M. [REDACTED]. Pour cette raison aucune expertise additionnelle n'a pu être demandée mais les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont documentées dans son dossier médical obtenu de l'Hôpital général du Lakeshore.

ANALYSE

L'investigation révèle que M. [REDACTED] souffre d'arythmie, d'insuffisance cardiaque, de fibrillation auriculaire, de cholestérolémie et d'hypertension artérielle. Il consomme différents médicaments pour le contrôle de ses problèmes de santé dont de la nitroglycérine. Il bénéficie d'un suivi en cardiologie pour ses problèmes cardiaques et il est connu de l'Hôpital général du Lakeshore. Selon des informations obtenues par un proche de M. [REDACTED] dans le cadre de cette investigation, il éprouve des douleurs à la poitrine après des efforts légers dans les semaines qui précèdent son admission à l'hôpital. Il communique avec son médecin et un examen par imagerie est prescrit le 6 juin 2022 afin d'évaluer son débit sanguin cardiaque.

Dès réception du résultat de cet examen, le blocage d'une artère coronaire est soupçonné et le médecin de M. [REDACTED] lui recommande de se rendre à l'Hôpital général du Lakeshore afin de bénéficier d'une surveillance étroite de son état de santé dans l'attente d'une intervention appropriée. C'est donc avec la certitude que l'Hôpital général du Lakeshore est le meilleur endroit pour sa sécurité que M. [REDACTED] s'y rend l'après-midi du 14 juin 2022.

Le décès de M. [REDACTED] qui survient dans les jours qui suivent ne fait pas l'objet d'un avis au coroner à ce moment car le médecin qui constate le décès peut en établir la cause probable, soit un infarctus aigu du myocarde en présence d'une fibrillation ventriculaire et d'un blocage d'une artère du cœur selon le bulletin de décès signé le 16 juin 2022.

La couverture médiatique, dans les premiers mois de 2023, de certains décès survenus en 2022 au Département d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore est portée à l'attention du Coroner en chef. En vertu de l'article 34 de la *Loi sur les coroners*, un coroner doit prendre avis lorsqu'un décès survient par suite de négligence ou dans des circonstances obscures. C'est pour cette raison que je prends avis en lien avec le décès de M. [REDACTED].

Cependant, il est aussi important de mentionner qu'en vertu de l'article 4 de la *Loi sur les coroners*, je ne peux me prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, je n'ai pas la compétence pour juger de la qualité des soins ou des actes professionnels posés durant le séjour de M. [REDACTED] au Département d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore. Je ne peux que soulever des questions et demander à des organismes dont c'est le mandat de s'y pencher. Dans le cas présent, le Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'est déjà penché sur les soins

et les traitements prodigués par l'infirmier qui devait assurer le suivi requis par l'état de santé de M. [REDACTED] dans la nuit du 16 juin 2022.

La preuve présentée devant ce conseil de discipline met en lumière des versions contradictoires concernant l'état de santé de M. [REDACTED] dans la nuit du 16 juin 2022, plus particulièrement concernant ses symptômes exprimés au personnel et à ses proches par téléphone et ce qui a été colligé à son dossier médical. Une décision a été rendue par ce conseil de discipline le 1^{er} mars 2024. Je n'ai pas à revoir toute la preuve qui a été présentée devant le conseil de discipline ni à questionner la décision rendue. Il importe toutefois de mentionner que le but des sanctions et des pénalités imposées, le cas échéant, par ce conseil de discipline est d'assurer la protection du public.

Le coroner a, lui, un rôle de protection de la vie humaine lorsqu'il formule des recommandations, à la suite d'une investigation afin d'éviter la récurrence de décès évitables. Dans le décès de M. [REDACTED] l'investigation repose sur son dossier médical obtenu vu la prise d'avis tardive. J'ai pu constater que le dossier médical de M. [REDACTED] est assez succinct et à lui seul, il ne me permet pas de questionner la trajectoire des soins prodigués à M. [REDACTED] durant la nuit du 16 juin 2022. Pour cette raison, la décision du Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est éclairante ainsi que la discussion que j'ai eue avec un membre de la famille de M. [REDACTED] dans le cadre de cette investigation. Malgré les nombreux facteurs de risque cardiaques présents chez M. [REDACTED] son décès soulève certaines questions.

Pour cette raison et afin d'éviter la récurrence d'un tel décès, j'ai discuté du dossier avec la Directrice adjointe des services professionnels et la Directrice des soins infirmiers du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. J'ai appris qu'une révision complète du dossier de M. [REDACTED] a été effectuée et des recommandations ont été formulées pour une meilleure protection des usagers de la section cardiologie du Département de l'urgence.

Ces recommandations sont :

- Promouvoir aux membres du personnel de l'urgence la procédure organisationnelle applicable à suivre lorsqu'un usager s'auto-administre des médicaments afin d'assurer une prise en charge sécuritaire ;
- S'assurer que les membres du personnel concernés effectuent le suivi post administration du médicament lorsqu'un usager s'auto-administre un médicament ;
- Effectuer un rappel sur les pratiques standards d'évaluation de la douleur à respecter pour assurer une évaluation complète de l'état de santé de l'usager ;
- Effectuer un rappel aux membres de l'équipe d'informer un médecin ou un cardiologue après l'administration de nitroglycérine qui constitue un changement dans l'état de santé d'un usager.

Ces recommandations qui sont réitérées régulièrement aux membres du personnel de la section cardiologie du Département d'urgence, selon les informations qui m'ont été transmises par les personnes en autorité mentionnées précédemment, permettront certainement d'assurer un meilleur suivi des usagers qui s'y présentent pour recevoir des soins.

Cependant, je crois qu'il est important d'aller plus loin. En effet, tous les soins et les traitements prodigués par les membres du personnel de la section cardiologie du Département d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore aux usagers se doivent d'être documentés adéquatement dans les dossiers des patients. Des notes d'évolution complètes et qui reflètent la réalité permettent de bien évaluer l'état de santé d'un usager afin d'appliquer un jugement clinique adéquat en lien avec une situation donnée. Une prise de

notes reflétant clairement les symptômes exprimés par M. [REDACTED] au personnel et à ses proches par téléphone et son anxiété grandissante en lien avec les douleurs ressenties, malgré des signes vitaux stables et une lecture du rythme cardiaque normale, aurait possiblement permis une meilleure trajectoire de soins et ultimement, son décès aurait peut-être pu être évité.

Pour cette raison, je formulerai la recommandation ci-dessous qui a préalablement été discutée avec les personnes en autorité au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, dont l'Hôpital général du Lakeshore fait partie.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'un infarctus aigu du myocarde en présence d'une fibrillation ventriculaire et d'un blocage d'une artère du cœur.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATION

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, dont l'Hôpital général du Lakeshore fait partie :

[R-1] D'effectuer des audits de qualité ciblés concernant les patients qui se présentent au Département d'urgence avec des symptômes cardiaques pour valider les bonnes pratiques concernant la prise des notes d'évolution qui est une composante inhérente de la trajectoire de soins indiquée pour ces patients.

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 30 mai 2024.



Me Stéphanie Gamache, coroner