

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



2022-09608

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.

Dr Gilles Sainton

BUREAU DU CORONER	
2022-12-21 Date de l'avis	2022-09608 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
90 ans Âge	Féminin Sexe
Sherbrooke Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2022-12-03 Date du décès	Sherbrooke Municipalité du décès
CHUS – Hôpital Fleurimont Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par un membre de sa famille à l'Hôpital Fleurimont, à Sherbrooke.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme ██████████ est âgée de 90 ans et demeure avec un membre de la famille.

Le 1^{er} décembre 2022, une infirmière du service de soins à domicile du Centre local de services communautaires (CLSC) se rend au domicile de Mme ██████████ et constate que la condition de Mme ██████████ s'est détériorée. Le membre de la famille indique que l'état de Mme ██████████ s'était détérioré depuis la veille et qu'elle attendait la visite de l'infirmière pour contacter l'ambulance. Cette personne compose le 911. Les techniciens ambulanciers paramédics transportent Mme ██████████ à l'Hôpital Fleurimont, un établissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). À son arrivée à l'urgence, Mme ██████████ est prise en charge par l'équipe médicale qui pose les diagnostics de déshydratation associée à une hypernatrémie (augmentation de la concentration plasmatique de sodium) sévère et une probable pneumonie. Compte tenu de l'ensemble des conditions médicales de Mme ██████████ aucune amélioration significative n'est à espérer. Après discussion, l'équipe traitante et la proche de Mme ██████████ optent pour des soins de confort. Le décès de Mme ██████████ est constaté le 3 décembre 2022 vers 3 h 22.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de Mme ██████████ étaient suffisamment documentées dans son dossier médical, aucune expertise additionnelle n'a été demandée.

ANALYSE

Mme [REDACTED] vivait à domicile avec un membre de sa famille. Selon son dossier médical, Mme [REDACTED] avait plusieurs conditions médicales comprenant notamment un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, une maladie coronarienne athérosclérotique, de l'insuffisance cardiaque, des séquelles d'accident vasculaire cérébral, une hydrocéphalie à pression normale et un syndrome de chute.

Le 24 octobre 2022, une infirmière de soins à domicile se rend chez Mme [REDACTED] et constate que la condition de Mme [REDACTED] se détériore. Mme [REDACTED] ne se porte plus sur ses jambes et a de la difficulté à respirer. Elle a également des plaies cutanées et a des douleurs au niveau des tibias.

Mme [REDACTED] est transférée et hospitalisée à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Les médecins constatent qu'elle souffre d'une pneumonie d'aspiration et d'une discrète fracture du plateau tibial droit dans le contexte d'une importante déminéralisation osseuse qui serait survenu lors d'un transfert à la maison. L'orthopédiste avait alors recommandé un traitement médical conservateur, qui consistait à la pose d'une attelle puis à une mobilisation progressive ensuite.

Mme [REDACTED] avait bénéficié d'un traitement antibiotique, mais aussi des soins et services d'orthophonie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'une nutritionniste. L'évolution médicale de Mme [REDACTED] a été favorable, mais pas son évolution fonctionnelle. Mme [REDACTED] avait notamment besoin d'une assistance complète pour ses transferts, pour s'alimenter, s'hydrater, se laver et s'habiller. Aucune évaluation psychologique ou psychiatrique n'a pu être faite en raison du peu de langage utilisé par Mme [REDACTED].

Dans ce contexte, les différents intervenants hospitaliers et ceux du CLSC qui ont prodigué des soins à Mme [REDACTED] étaient d'avis que, pour la sécurité de Mme [REDACTED] et de celles des différents intervenants incluant son proche aidant, Mme [REDACTED] devrait être admise dans un centre de réadaptation ou dans un établissement de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), mais le membre de la famille a refusé cette recommandation. Mme [REDACTED] a donc quitté l'hôpital, le 17 novembre 2022 pour retourner chez elle.

Le 1^{er} décembre 2022, Mme [REDACTED] a de nouveau été hospitalisée, mais à l'Hôpital Fleurimont cette fois, en raison d'une dégradation de son état général. Le bilan sommaire montrait que Mme [REDACTED] souffrait en plus et notamment, de déshydratation et d'hyponatrémie (sodium à 117 mmol/L alors que la normale est entre 135-145 mmol/L). La radiographie pulmonaire montre une consolidation pulmonique et un léger degré d'insuffisance cardiaque. Dans ce contexte, la mandataire de Mme [REDACTED] et l'équipe traitante conviennent, non sans difficultés, de prodiguer un traitement de confort à Mme [REDACTED]. Mme [REDACTED] est décédée le 3 décembre 2022. Les difficultés étaient en lien avec le fait que la mandataire refusait plusieurs des soins et médicaments recommandés par l'équipe traitante.

Mme [REDACTED] souffrait de nombreuses conditions et nécessitait beaucoup de soins professionnels. Par ailleurs, Mme [REDACTED] aurait antérieurement exprimé sa volonté de ne pas être hébergée en institution.

En novembre 2022, de nombreuses discussions ont eu lieu concernant les options d'hébergement et de prise en charge de Mme [REDACTED]. Héberger Mme [REDACTED] en CHSLD

aurait été contraire à sa volonté exprimée auparavant. Lui permettre de rester à domicile augmentait les risques pour sa santé et sa sécurité et augmentait aussi les risques pour ceux qui en prenaient soin. Un séjour en centre de réadaptation aurait vraisemblablement été le milieu le plus adapté à sa condition tout en respectant sa volonté de ne pas aller en CHSLD. Un séjour dans un tel centre aurait éventuellement ralenti l'évolution de ses conditions médicales et soulagé le travail de son aidante naturelle.

Les professionnels de la santé ont été confrontés à un dilemme entre leur volonté d'offrir le meilleur environnement de soins et de vie à Mme [REDACTED] le respect de la volonté antérieurement exprimée par Mme [REDACTED] et le choix de son aidante naturelle qui était une mandataire désignée par un mandat homologué.

À la suite du décès de Mme [REDACTED] une équipe de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et du partenariat (DQEPP) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS a analysé les soins qui ont été dispensés à Mme [REDACTED] lors de son hospitalisation de l'automne 2022.

Ces experts de l'évaluation de la qualité des soins ont notamment fait les constats suivants :

- Mme [REDACTED] a reçu des soins et services de plusieurs professionnels de la santé de différents milieux de soins. L'étude de ce dossier montre que la perception des soins requis et de la prise en charge qui auraient pu être bénéfiques et dans l'intérêt de Mme [REDACTED] n'était pas la même pour tous les professionnels des différents milieux. Une des raisons identifiées est la difficulté à accéder aux informations contenues dans le dossier médical et social des autres établissements et services.
- Les dossiers du CLSC, des hôpitaux (Fleurimont et Hôtel-Dieu) et celui de l'hôpital de Coaticook, pourtant des établissements du même CIUSSS, sont indépendants. Les notes des différents intervenants sont colligées dans des systèmes informatiques différents, sans possibilité de communication entre eux. C'est notamment cette situation qui a limité la facilité de l'accessibilité aux documents des différents intervenants.
- Certaines personnes impliquées dans les soins et services de Mme [REDACTED] ne semblent pas avoir considéré utile de s'enquérir des informations et observations faites précédemment par les intervenants du Service de soins à domicile pour élaborer un plan de retour à domicile.
- Mme [REDACTED] recevait des soins quotidiens d'un membre de la famille et de professionnels des soins à domicile. Cependant, la plupart des intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS étaient d'avis que l'importance des soins requis par Mme [REDACTED] dépassait ce qu'il était possible d'offrir à domicile, pour la santé et la sécurité de Mme [REDACTED] mais aussi pour celles des personnes qui en prenaient soin.

Certains des professionnels de la santé qui ont travaillé auprès de Mme [REDACTED] étaient d'avis que les conditions de vie et de soins de Mme [REDACTED] répondaient aux critères de maltraitance, alors que d'autres n'étaient pas de cet avis. Il y a eu lieu de se demander pourquoi l'évaluation et la perception des différents professionnels de la santé n'étaient pas les mêmes.

La « maltraitance » est définie par la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, comme étant un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne.

Les experts de la DQEPP ont noté que seule une partie des professionnels de la santé, de chaque département, mais aussi de chaque établissement avaient reçu une formation en regard de la définition de la maltraitance. Rechercher des critères de maltraitance tels que définis précédemment, c'est s'assurer de la bienveillance d'une personne : il s'agit d'un processus qui devrait probablement être intégré à l'évaluation régulière de la qualité des soins à prodiguer à une personne que ce soit en établissement ou à domicile. Il faut garder à l'esprit que cette évaluation peut être complexe puisqu'il peut y avoir des écarts importants entre les soins et services que l'on devrait offrir, ce que l'on voudrait offrir et les soins et services que l'on peut offrir tout en respectant les opinions de chacun et en tenant compte de la disponibilité des ressources disponibles.

Mme [REDACTED] est retournée à domicile le 17 novembre 2022. Son état s'est détérioré, elle a dû être réadmise à l'hôpital le 1^{er} décembre 2022 et est décédée le 3 décembre 2022. Mme [REDACTED] est donc décédée 16 jours après quitter l'hôpital. On peut se demander si le retour à domicile de Mme [REDACTED] a été suffisamment bien planifié et encadré par un suivi plus serré.

Les mécanismes en regard de l'inaptitude d'une personne à décider de ses soins sont bien connus, mais les processus pour déterminer si les soins que peut offrir un proche aidant, un représentant privé ou un mandataire sont adaptés aux besoins de la personne aidée ou insuffisante, sont beaucoup moins bien déterminés. Pourtant, une telle démarche serait nécessaire pour assurer les soins adaptés à la personne qui en a besoin, mais aussi pour s'assurer de la santé et de la sécurité du proche aidant et des autres intervenants éventuels.

Mme [REDACTED] [REDACTED] âgée de 90 ans, avait de nombreuses conditions médicales. Quel que soit son environnement de soins, le décès de Mme [REDACTED] était à prévoir à court terme. Elle est décédée des complications d'une déshydratation. La qualité des soins qu'elle a reçus dans le contexte était possiblement sous-optimale, je ferai donc des recommandations qui engloberont tous les éléments relevés et précisés précédemment.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des complications d'une déshydratation sévère dans un contexte de trouble neurocognitif sévère et de perte d'autonomie sévère.

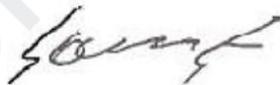
Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) de :

- [R-1] D'évaluer la qualité des soins prodigués en 2022 à la personne décédée et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances;
- [R-2] Compléter les différentes démarches entreprises pour faciliter l'accès aux échanges d'informations/d'observations contenues dans les différents dossiers médicaux d'une même personne permettant ainsi d'optimiser la coordination ou la continuité des soins ou son suivi médical et social de l'ensemble des professionnels de la santé de son groupe de soins et ce, dans l'intérêt de la personne concernée;
- [R-3] Proposer une formation concernant la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité aux médecins et aux commissaires aux plaintes des différents établissements du CIUSSS de l'Estrie-CHUS;
- [R-4] Évaluer la possibilité de développer des mécanismes d'évaluation périodique de la capacité des aidants naturels et des mandataires à prendre soin d'une personne. Une telle démarche sous-entend qu'un aidant naturel ou un mandataire pourrait se voir relevé de son rôle en totalité ou en partie;
- [R-5] Réviser au sein du comité d'éthique la définition des rôles et responsabilités de chacun des intervenants auprès de cette clientèle et notamment d'inclure les rôles que peuvent apporter le Curateur public, les commissaires aux plaintes et les membres de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et du partenariat;
- [R-6] Évaluer la possibilité de développer un outil de surveillance en matière de maltraitance de cette clientèle unique à l'usage de toutes les installations du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Je soussigné, 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 Stoke, ce 10 juin 2024.



Dr Gilles Sainton, coroner