

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



2022-04687

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 Jean Brochu

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| BUREAU DU CORONER | |
| 2022-07-01 Date de l'avis | 2022-04687 N° de dossier |
| IDENTITÉ | |
| ██████████ Prénom à la naissance | ██████████ Nom à la naissance |
| 80 ans Âge | Féminin Sexe |
| Lévis Municipalité de résidence | Québec Province |
| | Canada Pays |
| DÉCÈS | |
| 2022-07-01 Date du décès | Lévis Municipalité du décès |
| Domicile Lieu du décès | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par le personnel soignant.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme ██████████ était hébergée à la Maison Louise-Élisabeth, à Lévis, une résidence privée pour aînés (RPA). Son état se dégradait au fil des semaines en raison de la maladie qui l'affligeait.

Le 1^{er} juillet 2022 à 3 h 4, Mme ██████████ a reçu, selon les notes infirmières d'évolution, une injection d'hydromorpone. La note rédigée par l'infirmier en poste, copiée textuellement, précise :

Note : visite de Sœur ██████████ pour administration de dilaudid s/c régulier tel que prescrit. Sœur ██████████ non consciente. Respiration non constante, présence de pause respiratoire en augmentation. Faciès détendu. Calme repose. Changement de position fait. Restons avec elle.... 4 h 15, Absence de respiration et absence également de pouls.

Le décès a été constaté à distance durant l'avant-midi du 1^{er} juillet 2022 par un médecin de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), selon le protocole établi.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été effectué le 2 juillet 2022 à la morgue de Québec. Il a permis de constater l'absence de toute lésion traumatique ou suspecte sur le corps de Mme ██████████, dont le poids était de 28,3 kg pour une taille de 1,48 m (IMC de 12,9, indiquant une maigreur extrême). L'autopsie n'a pas été ordonnée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal sur des spécimens biologiques prélevés au cours de l'examen externe. Il n'y avait pas d'alcool dans le sang de Mme ██████████ où une concentration toxique de morphine a été mesurée ainsi qu'une concentration thérapeutique de citalopram.

L'hydromorphone (Dilaudid ©) n'a pas été détectée dans le sang, mais elle a été détectée dans l'urine. Il y avait par ailleurs dans le sang une concentration élevée de BHB. Aucune autre substance n'a été détectée.

ANALYSE

Mme [REDACTED] était atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA), connue aussi sous le nom de « maladie de Charcot ou de Lou Gehrig ». Son état général se dégradait progressivement et elle était d'une maigreur cachectique au moment de son décès.

Les notes infirmières et la concentration de morphine mesurée dans le sang de Mme [REDACTED] confirment que le décès, bien qu'attendu à assez court terme, est attribuable à une intoxication à la morphine. La mention de « *présence de pause respiratoire en augmentation* » et le décès survenant peu après confirment en effet la dépression respiratoire provoquée par l'excès de narcotique, administré environ une heure avant le décès.

Le Dossier Santé Québec (DSQ), transmis par le médecin qui a effectué le constat de décès, indique que l'hydromorphone faisait partie des médicaments prescrits à Mme [REDACTED] mais que la morphine n'en faisait pas partie.

Après le décès de Mme [REDACTED], les responsables de la résidence se sont rendus compte d'irrégularités dans la gestion de l'armoire aux narcotiques. Une enquête policière a été commencée, mais elle a été fermée lors du décès de la personne responsable de l'armoire à narcotiques.

Par ailleurs, il est difficile de suivre la chronologie des actes infirmiers qui sont rédigés dans un ordre temporel inapproprié : ainsi, une note datée du 30 juin à 17 h 30 est précédée de trois notes datées du 1^{er} juillet à 0 h 51, 0 h 38 et 1 h 18 ; elle est suivie d'une note du 1^{er} juillet à 1 h 16 et plusieurs notes sont inscrites –probablement rédigées préalablement– après le décès de Mme [REDACTED] et portent la mention « *Fait* ». Plusieurs notes rédigées dans les jours précédents sont aussi placées en désordre sur le plan chronologique.

L'infirmier qui s'occupait de Mme [REDACTED] a inscrit dans son dossier qu'il avait administré de l'hydromorphone à 3 h 4 le 1^{er} juillet 2022 ; il est ensuite inscrit dans le dossier que de l'hydromorphone a été administrée à 3 h 7. Il est invraisemblable que le même infirmier ait administré deux doses de narcotiques à la même personne à quelques minutes d'intervalle.

Il y a donc lieu de s'interroger et de recommander une révision de la gestion des narcotiques qui est effectuée à la Résidence Louise-Élisabeth ainsi que de la technique utilisée pour la rédaction des notes de suivi infirmier.

Un autre décès, survenu la même nuit et dans la même résidence soulevait les mêmes problèmes au niveau de la gestion des narcotiques et de la rédaction des notes infirmières (2022-04688).

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des suites d'une intoxication à la morphine, dans un contexte d'erreur d'administration d'un médicament.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande à l'**Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)** de:

[R-1] Évaluer la qualité de l'acte professionnel posé auprès de la personne décédée à la Maison Louise-Élisabeth de Lévis et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Je recommande aux responsables de la **Maison Louise-Élisabeth de Lévis** de :

[R-2] Procéder à la révision des directives concernant la gestion des narcotiques et, le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées afin de renforcer la sécurité en ce qui concerne l'entreposage et la gestion des narcotiques ;

[R-3] Réviser la qualité des notes inscrites dans le dossier des usagers par le personnel infirmier et prendre les mesures nécessaires pour que les informations qui s'y retrouvent reflètent l'exactitude des soins à prodiguer au patient afin d'assurer sa sécurité et prévenir ainsi la récurrence d'un tel événement.

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 Shefford, ce 28 juin 2024.



Dr Jean Brochu, coroner