

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



2023-08702

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 Geneviève Thériault

BUREAU DU CORONER	
2023-11-19 Date de l'avis	2023-08702 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
82 ans Âge	Masculin Sexe
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-11-19 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès
Hôpital de Hull Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par sa conjointe à l'Hôpital de Hull.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ était connu pour certains problèmes de santé, entre autres, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique, bronchiectasie¹ et polymyalgie rhumatoïde sous prednisone. Il avait subi diverses chirurgies dans le passé : une appendicectomie, une résection de la vésicule biliaire (cholécystectomie), une ablation du rein droit (néphrectomie) et une ablation de la glande adrénalectomie).

Lors d'examens d'imagerie de suivi effectués en mai 2023 (scan thoraco -abdomino-pelvien) il n'y avait aucune évidence d'atteinte métastatique thoraco-abdominopelvienne mais des calcifications artérielles sévères avaient été notées. La bronchiectasie des lobes inférieurs bilatéraux était stable avec consolidation péribronchique bibasale modérée.

Le 22 juin 2023, M. ██████████ subit une endoscopie digestive basse à l'Hôpital de Hull. Une lésion suspecte au côlon gauche (côlon descendant) et un polype au côlon droit (côlon ascendant) sont observés. Une biopsie de la lésion suspecte est effectuée et le polype est réséqué. Le rapport de pathologie mentionne que la lésion suspecte au côlon descendant présente un adénome tubuleux avec dysplasie de haut grade et que le polype au côlon présente un adénome tubuleux sans dysplasie. La résection endoscopique ou chirurgicale de la lésion au côlon gauche est recommandée. Le gastro-entérologue informe M. ██████████ des résultats, y compris qu'il n'est pas exclu qu'il y ait adénome plus profondément, ce qui rend l'exérèse endoscopique complète incertaine.

¹ Selon l'Association pulmonaire du Canada : La bronchiectasie est une maladie rare qui affecte les poumons. Chez les personnes atteintes de bronchiectasie, les voies aériennes (bronches) sont endommagées :

La bronchiectasie endommage les minuscules poils (cils) qui tapissent l'intérieur des voies aériennes. Les cils endommagés ne peuvent expulser les poussières et le mucus des poumons.

La bronchiectasie élargit et étire les voies aériennes. Elles deviennent si étirées qu'il se crée à certains endroits de petites pochettes où s'accumulent des germes, des poussières et du mucus.

Après un certain temps, ces débris piégés dans les voies aériennes deviennent infectés. Puisque les minuscules poils (cils) ne parviennent pas à s'en débarrasser, les infections réapparaissent. La bronchiectasie engendre un cercle vicieux : les infections des petites pochettes endommagent les voies aériennes ; et les voies aériennes endommagées sont plus vulnérables aux infections.

Le 2 octobre 2023, une colonoscopie longue est effectuée à l'Hôpital Royal Victoria à Montréal dans le but de retirer la lésion du côlon descendant mais la tentative est infructueuse, on recommande la résection chirurgicale. Le rapport de pathologie des biopsies effectuées lors de cette procédure rapporte également un adénome tubuleux avec dysplasie de haut grade.

Le 10 novembre 2023, M. [REDACTED] est admis à l'Hôpital de Hull pour une laparoscopie exploratrice. Le diagnostic préopératoire est une tumeur du côlon descendant. Les risques, incluant mais non limités aux risques de saignement, blessure aux uretères, infection (qui est plus élevée étant donné que le patient prend de la prednisone), douleur, stomie, fuite, hernie et possible traitement adjuvant ont été discutés et acceptés par M. [REDACTED] préalablement à la procédure. Il subit une hémicolectomie gauche par laparoscopie et laparotomie sans complication. Un examen macroscopique d'un segment colique du côlon gauche effectué le jour même révèle un adénocarcinome envahissant de type intestinal de grade tuméral 1/3 qui prend son origine dans un polype sessile avec dysplasie de haut grade multifocal.

Après la procédure, on le transporte à l'Unité des soins post-anesthésique (USPA – communément appelé « salle de réveil ») à 11 h 15. Il est encore somnolent, gémit et dit avoir de la douleur. L'anesthésiste donne un bolus via l'épidurale. À 11 h 50, il fait une chute de tension artérielle. On donne de l'éphédrine intraveineuse et l'épidurale est arrêtée. M. [REDACTED] demeure ensuite asymptomatique. À midi l'épidurale est repartie, la tension artérielle remonte. À 12 h 20, M. [REDACTED] se plaint de douleur à 7/10 au niveau du site chirurgical. L'anesthésiste ordonne 0,5 mg de Dilaudid® répétable une fois. M. [REDACTED] quitte l'USPA à 14 h 10 pour le 8^e étage. Une première levée est faite et bien tolérée, cependant il vomit sa soupe au dîner. Le foley (sonde urinaire utilisée pour drainer la vessie) draine 200 ml.

Le 11 novembre, il tolère la diète liquide. Le foley draine 1100 ml puis 600 ml. Les abdominaux sont souples mais le ventre est distendu. Il a toujours l'épidurale pour contrer la douleur.

Le 12 novembre, il vomit deux fois. Le foley draine 1500 ml puis 200 ml, l'abdomen est distendu mais souple. Une sonde nasogastrique (TNG) est installée et draine 900 ml de liquide orangé. Il a toujours l'épidurale pour contrer la douleur.

Vers 3 h, le 13 novembre, il perd conscience alors que sa conjointe est présente, elle active la cloche d'urgence. Je note ici que la conjointe m'a mentionné avoir débuté des manœuvres de réanimation. Le dossier médical est silencieux sur ce point mais rapporte l'arrivée de l'infirmière une minute plus tard, le constat par celle-ci d'un patient inconscient qui ne répond pas aux stimuli, ne respire pas et a un pouls carotidien difficilement perceptible. L'équipe de l'urgence tente de prendre l'ascenseur avec l'agent de sécurité pour se rendre auprès du patient mais l'ascenseur ne démarre pas alors l'équipe prend les escaliers. L'équipe arrive à 3 h 3, le massage cardiaque est en cours (activité électrique sans pouls). M. [REDACTED] aspire des sécrétions pendant la réanimation. Il reçoit une dose d'épinéphrine. Il y a retour d'un rythme cardiaque spontané vers 3 h 10. M. [REDACTED] râle et répond très faiblement aux commandes. Ses signes vitaux étant anormaux, on l'intube à 3 h 26. La cause de l'arrêt cardiorespiratoire n'est pas identifiée (les notes mentionnent : aucune anomalie des labos, aucune complication chirurgicale, aucun infarctus, aucune embolie pulmonaire).

Vers 3 h 53, M. [REDACTED] est transféré aux soins intensifs où il est placé en isolement préventif car il a séjourné sur un étage où il y a eu une épidémie de bactéries multi-résistantes. Des

prélèvements sont effectués pour déterminer si M. [REDACTED] a été infecté. Les résultats de microbiologie sont négatifs. Le score de M. [REDACTED] sur l'échelle de Glasgow est de 3/15 (le pire score). Il est sous sédation à faible débit pour son confort. Des examens d'imagerie angio thoracique et pelvien sont effectués. Il n'y a aucune évidence d'embolie pulmonaire mais des bronchiectasies cylindriques et kystiques bibasilaires plus sévères à gauche sont notées (remplacement presque complet du lobe inférieur gauche par des bronchiectasies, pneumonie du lobe inférieur gauche surajoutée avec un petit épanchement pleural). Une dilatation modérée des anses grêles jéjunales et iléales avec une zone de transition près de la jonction iléocolique est notée. L'apparence est compatible avec une subocclusion de l'intestin grêle à cause d'une bride adhérentielle. Une quantité légère à modérée de liquide libre se trouve dans le pelvis et une atteinte ischémique n'est pas complètement exclue. Une consultation chirurgicale est à considérer. On informe la famille que le pronostic est indéterminé à ce stade.

Le 14 novembre, on suspend la sédation le temps d'une évaluation neurologique. M. [REDACTED] ouvre les yeux à l'appel et exécute faiblement des mouvements. Il est stable.

Le 15 novembre, d'autres imageries des poumons révèlent une consolidation à la base des deux poumons légèrement plus proéminente qu'à l'examen antérieur, suspect de processus infectieux.

Le 16 novembre, aucun changement significatif n'est noté aux imageries des poumons. Le tableau global est inquiétant car il y a multiples atteintes des organes et l'intubation se prolonge.

Les 17 et 18 novembre, il y a détérioration fulminante avec insuffisance multi-organique en progression (choc probablement septique d'étiologie non déterminée, syndrome de détresse respiratoire aigüe avec hypoxémie sévère, insuffisance rénale aigüe avec acidose mixte). Des imageries de l'abdomen et du pelvis avec contraste révèlent que le phénomène de subocclusion de l'intestin grêle sans point de transition franc persiste et qu'il y a eu progression au niveau du tiers moyen du côté droit de la consolidation bibasilaire. La famille est informée que les pronostics fonctionnel et vital sont pauvres. Il est convenu de continuer les soins agressifs, y compris de procéder à une laparotomie exploratrice. M. [REDACTED] retourne à la salle d'opération. Aucune complication liée à la chirurgie récente n'est découverte. On commence un traitement de dialyse.

La détérioration se poursuit dans la nuit du 18 au 19 novembre, après discussion avec la famille, il est convenu de procéder à l'extubation et d'offrir des soins de confort. M. [REDACTED] décède rapidement après le retrait des appareils qui le maintiennent en vie. Son décès est constaté à 7 h 51, le 19 novembre 2023.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

L'avis au coroner n'avait pas été retenu le jour du décès. L'investigation a été faite à la demande de la conjointe qui soulevait des inquiétudes sur la qualité des soins reçus en cours d'hospitalisation, plus particulièrement lors de son séjour au 8^e étage dans une zone contaminée. La dépouille n'était plus accessible pour des expertises mais comme les lésions et conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] étaient bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital de Hull, aucune expertise additionnelle n'aurait été ordonnée de toute façon.

ANALYSE

Lors de ma première conversation avec la conjointe, celle-ci m'a rapporté des faits troublants tels : qu'elle avait dû sonner plusieurs fois pour obtenir de l'aide, qu'elle avait dû tenter de réanimer son mari en attendant l'équipe médicale, que son mari avait fait son arrêt cardiaque peu de temps après que le personnel infirmier ait changé la poche d'épidurale à une personne seulement, qu'il n'y avait pas de surveillance adéquate dans l'administration des opiacés alors, selon elle, son mari était surdosé, qu'il avait été transféré sur un étage contaminé après son opération alors qu'il était à risque d'infection, qu'il n'y avait pas d'équipement de réanimation dans sa chambre et que l'intubation avait eu lieu dans sa chambre sur l'étage contaminé.

Ma lecture du dossier médical ne m'a pas permis de faire correspondre tous les faits rapportés par la conjointe avec les notes au dossier. Il m'apparaît cependant inconcevable qu'un patient qui vient d'être opéré se retrouve dans une aile de l'hôpital où il y a écloison connue de bactéries multi-résistantes, d'autant plus lorsque ce patient est connu pour bronchiectasie et pour prendre de la prednisone.

Cela étant dit, l'article 4 de la *Loi sur les coroners* interdit au coroner de se prononcer, au terme de son investigation, sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la compétence des personnes impliquées dans les soins d'une personne dans le réseau de la santé – des mécanismes existent à cet effet et des organisations ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres. Je dispose toutefois d'une autorité en vertu de la *Loi sur les coroners* pour formuler des recommandations si jugées nécessaires. J'ai informé la conjointe des limites de mon mandat et celle-ci a déposé une plainte à propos des soins reçus par le défunt auprès du Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

La Commissaire m'a fait part des démarches entreprises pour l'analyse de la plainte et des écarts de pratique lors de la prestation des soins qui ont été identifiés par l'enquête clinique. Les écarts notés visent la prise en charge, l'évaluation physique et mentale, l'évaluation de la douleur, la surveillance clinique lorsque l'état de santé présente des risques, la surveillance du patient recevant un dépresseur du système nerveux central incluant les opiacés, la complétion des outils cliniques de surveillance et les notes d'observations du personnel infirmier.

Ce n'était pas la première plainte avec des motifs similaires que la Commissaire examinait et, dans le but de mettre fin aux écarts de pratique, un plan d'action avait été mis en place par la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital de Hull en octobre 2020 puis révisé en 2021 et 2022. Toutefois, force est de constater que la problématique demeure. La Commissaire a donc fait une recommandation à la Direction des soins infirmiers visant à faire parvenir à la Commissaire une mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité des soins le dernier vendredi de chaque mois jusqu'à la fin de l'année 2024. Je ferai une recommandation dans le but de soutenir la mise en œuvre de cette recommandation.

En ce qui concerne les actes médicaux, le médecin examinateur du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) m'a informée qu'il avait entrepris l'analyse du dossier de M. [REDACTED]. Bien qu'il n'y ait pas eu de visite postopératoire de l'anesthésiste, les doses utilisées et la route d'administration par péridurale ne permettent pas de suspecter un surdosage médicamenteux. Le département d'anesthésie sera toutefois saisi d'évaluer le

dossier dans le but d'assurer qu'à l'avenir un suivi systématique postopératoire soit offert à tous les usagers. Je ne ferai pas de recommandation sur ce point.

À la lumière de l'investigation, je conclus que le décès de M. [REDACTED] est attribuable à un syndrome de détresse respiratoire aigüe secondaire à une pneumonie d'aspiration.

Dans le but de protéger la vie humaine, j'inclus des recommandations concernant le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO). J'ai eu l'opportunité de discuter de ces recommandations avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des représentants du CISSSO.

Par ailleurs, à titre d'information, il serait judicieux de transmettre une copie du présent rapport à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSSO.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à un syndrome de détresse respiratoire aigüe secondaire à une pneumonie d'aspiration.

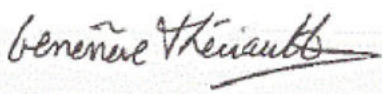
Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais dont l'Hôpital de Hull fait partie** de :

- [R-1] Mettre en œuvre la recommandation de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services visant à lui faire parvenir une mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité des soins selon la fréquence et la durée demandée par celle-ci ;
- [R-2] Faire le bilan de la mise en œuvre du plan d'amélioration à la fin de l'année 2024 et, le cas échéant, si des écarts subsistent au niveau de la qualité des soins de prendre les mesures appropriées et d'en informer la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

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 Gatineau, ce 23 septembre 2024.



Geneviève Thériault

Me Geneviève Thériault, coroner