

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



2024-03844

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		
2024-05-21 Date de l'avis	2024-03844 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
72 ans Âge	Féminin Sexe	
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-05-21 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès	
CHSLD Lionel-Émond Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par le personnel du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) Lionel-Émond.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Des notes au dossier du CHSLD Lionel-Émond mentionnent que vers 8 h 15 – 8 h 20, le 21 mai, un étudiant infirmier se rend à la chambre de Mme ██████████ pour un suivi, car elle a chuté le 19 mai et s'est frappé la tête. Mme ██████████ est au lit en position dorsale, la tête de lit relevée à 45 degrés. L'étudiant infirmier prend les signes vitaux et neurologiques de Mme ██████████ Elle répond aux questions et dit se sentir bien. Il lui demande si elle a mal à la tête. Mme ██████████ répond non puis oui, mais ne démontre aucune détresse.

L'étudiant infirmier informe l'infirmière auxiliaire qui avise ensuite l'infirmière que Mme ██████████ a mentionné avoir mal à la tête. L'infirmière se rend à la chambre vers 8 h 30 - 8 h 35. Mme ██████████ est toujours au lit dans la même position, mais elle a le teint pâle, les yeux fermés, ne répond pas à la douleur ni à l'appel et il n'y a pas de bruit cardiaque ni de bruit respiratoire. L'infirmière effectue des manœuvres de réanimation jusqu'à ce que son décès soit constaté par le médecin à 8 h 40.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une tomodensitométrie post-mortem du corps entier a été effectuée le 22 mai 2024 à l'Hôpital de Hull et a été interprétée le jour même par une radiologue spécialisée en imagerie post-mortem du Centre hospitalier de Lanaudière à Joliette. La radiologue a noté un corps étranger d'étiologie alimentaire très important sur plus de 8 cm x 5 cm x 5 cm dans l'ensemble de la cavité buccale postérieure, refoulé par la langue et remplissant complètement la cavité orale pharyngée, laryngée et le tiers supérieur de l'œsophage, ayant oblitéré le plus probablement les voies respiratoires hautes supérieures et causé le décès. Il n'y avait pas d'aspiration dans la région trachéobronchique.

Aucun traumatisme crânien ou hémorragie intracrânienne n'a été observé à la tomodensitométrie.

ANALYSE

Mme [REDACTED] avait été admise au CHSLD Lionel-Émond le 15 mai 2024, car elle était en perte d'autonomie et la ressource intermédiaire où elle résidait auparavant ne pouvait plus lui offrir les services dont elle avait besoin. Elle vivait, entre autres, avec un trouble neurocognitif majeur et elle devait utiliser une marchette et porter un casque protecteur pour éviter les traumatismes crâniens, car elle chutait régulièrement. Un dépistage du risque de chute et un plan d'intervention avaient été effectués le jour de son arrivée.

Selon le dossier d'admission, Mme [REDACTED] avait besoin d'aide complète pour l'alimentation et la nourriture devait avoir une texture hachée ou coupée finement, car elle n'avait plus de dents et ne portait pas de dentier. Il semble toutefois que Mme [REDACTED] recevait une texture régulière jusqu'au 17 mai, jour où un préposé aux bénéficiaires avait observé de la difficulté à mastiquer les rôties. La nutritionniste en avait été informée et une texture hachée avait été débutée. Un suivi était prévu une semaine plus tard (soit après le jour du décès). Les notes des jours suivants mentionnent qu'elle s'alimentait bien avec de l'aide et n'avait pas de difficulté à avaler.

En soirée du 19 mai, Mme [REDACTED] avait fait une chute de sa hauteur sans porter son casque protecteur, car elle était au lit et s'était levée pour prendre quelque chose à boire. Elle avait mentionné s'être frappé la tête, mais ne pas avoir mal. Aux suivis post chute les jours suivants, tout était normal. Puisque le décès de Mme [REDACTED] a été soudain et peu de temps après la chute du 19 mai, je me suis demandé si elle avait pu subir une hémorragie intracrânienne lors de la chute qui aurait pu expliquer son décès. La tomodensitométrie post-mortem m'a permis d'écarter cette hypothèse, car elle n'a pas démontré d'hémorragie intracrânienne ni de traumatisme crânien.

La tomodensitométrie a plutôt permis de constater un étouffement comme cause de décès. La lecture de la tomodensitométrie permettait d'exclure un étouffement par une matière dense (exemple du métal), mais il était plus difficile d'identifier la nature exacte de la matière. Afin de m'assurer qu'il s'agissait bien d'aliment et non d'un objet – tel un bas – j'ai demandé au thanatologue de la maison funéraire qui avait pris en charge la dépouille après la tomodensitométrie de vérifier dans la bouche de Mme [REDACTED]. On m'a confirmé qu'il s'agissait bien d'aliment ayant une consistance de gruau. Lors d'une discussion subséquente avec la radiologiste, je lui ai demandé si la présence des aliments dans les voies respiratoires hautes supérieures pouvait résulter des manœuvres de réanimation (massage cardiaque). La radiologiste m'a informé que c'était peu probable étant donné l'endroit du blocage.

Il ne s'est passé que quelques minutes entre la visite de l'étudiant infirmier et la découverte sans vie de Mme [REDACTED] par l'infirmière. De toute évidence, pendant cette courte période, Mme [REDACTED] a eu accès à de la nourriture qu'elle a probablement mangée trop rapidement, obstruant par ce fait ses voies respiratoires supérieures hautes et causant son décès.

Malheureusement, les documents qui m'ont été envoyés ne mentionnent pas si on avait servi le déjeuner de Mme [REDACTED] avant son décès ni si des aliments étaient disponibles dans sa chambre. Cette information m'aurait été d'une grande aide dans mon investigation. (Lors d'une conversation avec une proche, elle m'a informée qu'elle avait apporté un muffin à Mme [REDACTED] lors de sa dernière visite le 18 mai, mais elle ne savait pas s'il avait déjà été mangé ou jeté.)

Afin de limiter les risques d'étouffements alimentaires, selon moi, une personne qui a besoin d'aide pour se nourrir ne devrait pas avoir accès à de la nourriture sans surveillance et une note à cet effet devrait être bien visible à l'entrée de sa chambre et dans son dossier et la famille devrait en être informée.

Dans le but de protéger la vie, je ferai quelques recommandations au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) dont le CHSLD Lionel-Émond fait partie. J'ai eu l'opportunité de discuter de ces recommandations avec le CISSSO.

CONCLUSION

Le décès de Mme [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à une obstruction des voies respiratoires hautes supérieures par de la matière alimentaire.

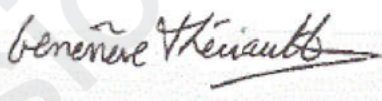
Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, dont fait partie le CHSLD Lionel-Émond**, de :

- [R-1] Documenter, de façon exhaustive, les circonstances entourant le décès des patients par étouffement alimentaire et d'indiquer la présence ou non d'aliments à portée de mains;
- [R-2] Documenter et identifier les patients à risque d'étouffement alimentaire et qui nécessitent l'aide à l'alimentation et mettre en place les mesures nécessaires afin de ne pas laisser de nourriture à portée de mains de 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 Gatineau, ce 16 octobre 2024.



Me Geneviève Thériault, coroner