

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-08052

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 Yvon Garneau

<b>BUREAU DU CORONER</b>	
2024-10-19 Date de l'avis	2024-08052 N° de dossier
<b>IDENTITÉ</b>	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
90 ans Âge	Féminin Sexe
Drummondville Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>	
2024-10-19 Date du décès	Drummondville Municipalité du décès
Hôpital Sainte-Croix Lieu du décès	

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par une proche.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 17 octobre 2024, vers midi, Mme ██████████ est transportée à l'urgence de l'Hôpital Sainte-Croix en ambulance après quelques chutes survenues dans la résidence<sup>1</sup> où elle était hébergée en plus d'être en perte d'autonomie progressive. Elle éprouve diverses douleurs lors de la mise en charge et son état de confusion est augmenté. Un impact crânien est suspecté et des examens par imagerie sont prescrits rapidement par un médecin.

Tous les examens de tomodensitométrie sont normaux pour l'âge de Mme ██████████ avec une contribution de sa sténose aortique probable et un plan de relocalisation est envisagé de concert avec la famille. Elle est admise au 6<sup>e</sup> étage et le tout se déroule relativement bien.

Malheureusement, le 19 octobre 2024, vers 17 h 08, assise au fauteuil dans sa chambre et devant témoins, elle s'étouffe en mangeant<sup>2</sup>. Elle était vraisemblablement rendue au dessert comportant un gâteau aux banane et chocolat. Elle cherchait à respirer en se frappant la poitrine, mais est devenue vite cyanosée et en arrêt respiratoire. Des manœuvres de Heimlich ont été pratiquées par le personnel soignant et d'autres tentatives de réanimation ont eu lieu sans succès. Un médecin est arrivé sur place et les manœuvres ont cessé devant l'impossibilité de faire revenir Mme ██████████ à la vie. Une convention de soins était au dossier clinique et ne prévoyait que des soins de confort le cas échéant.

Mme ██████████ est décédée le 19 octobre 2024, à 17 h 30, et un constat en ce sens a signé par le médecin de garde quelques instants plus tard.

<sup>1</sup> Résidence pour aînés (RPA) Le Jazz.

<sup>2</sup> Mangeait très rapidement.

## EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions et lésions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] étaient suffisamment documentées<sup>3</sup> dans son dossier médical de l'Hôpital Sainte-Croix, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

### ANALYSE

Son dossier à l'Hôpital Sainte-Croix indique que Mme [REDACTED] était suivie sur le plan médical, entre autres, pour un trouble neurocognitif et d'autres conditions qui n'ont aucun rapport avec la cause de son décès.

La déclaration d'incident n'énonce aucunement le facteur majeur contributif à l'étouffement dont il est question au présent rapport. La qualité de ce rapport relatant l'événement du 19 octobre est questionnable et ne permet pas de comprendre les soins apportés avant le décès de la patiente (son état, ses dentiers retrouvés ou non). Le fait que les prothèses sont égarées était indéniablement connu de tout le département. Un appel avait d'ailleurs été fait au service alimentaire pour demander une diète spéciale, mais j'ai dû constater qu'il s'agissait plutôt d'une demande laissée dans une boîte vocale dont le retour n'a jamais été pris. Une note à cet effet est écrite à 16 h 08 dans le dossier clinique.

Les proches affirment que Mme [REDACTED] portait ses prothèses au repas du midi et on présume qu'elles les auraient laissées fortuitement dans le plateau après avoir mangé (une habitude connue chez elle). Celui-ci a été ramassé et son contenu jeté aux ordures immédiatement après. Une proche de Mme [REDACTED] a signé une réclamation d'objets perdus (avec demande de les retrouver) le plus vite possible après avoir appris la disparition des prothèses. En cours d'investigation, j'ai demandé copie de ce formulaire. Le service des archives m'a répondu ne pas avoir copie de ce document au dossier et n'a pu le retracer d'aucune façon.

Mme [REDACTED] n'avait pas de dysphagie connue, mais mangeait très rapidement selon les proches. C'est ce qu'elle a fait le 19 octobre au souper dont le menu était composé entre autres de boulettes de viande sucrées. Pendant les manœuvres, le personnel a été à même de constater le renvoi d'aliments qui étaient pris dans la gorge de Mme [REDACTED] (ou davantage plus loin dans les voies respiratoires).

#### Mesures correctives mises en place depuis le décès :

À la suite de discussions que j'ai eues avec la Conseillère cadre de la Direction à la qualité et prestation sécuritaire des soins et services du Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), des mesures correctrices ont été mises en place, mais il m'apparaît nécessaire de formuler, de surcroît, des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine à la fin du présent rapport.

Les mesures correctrices suivantes ont été mises en place depuis le décès, soit :

- Assistance aux évaluations des informations transmises lors des rapports de changements de quart.
- Rencontre des ASI<sup>4</sup> avec les chefs de service pour une mise au point de la pertinence des informations transmises lors des rapports interquarts.

<sup>3</sup> Sous réserve de l'analyse faite à ce sujet.

<sup>4</sup> Assistante du supérieur immédiat.

- Information au chevet pour les recommandations en rapport aux risques des diètes, plus voyante.
- Rappel d'apposer l'affichage des diètes spéciales au chevet lors de changement de diète de l'usager au moyen des rencontres d'équipe.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès de la Direction des services professionnels (DSP) de l'Hôpital Sainte-Croix à Drummondville, m'a permis de discuter des recommandations que j'ai élaborées.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas compétence pour juger de la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

L'ensemble des éléments recueillis indique que Mme [REDACTED] [REDACTED] a eu un étouffement alimentaire subit et qu'elle en est décédée (anoxie) malgré tous les efforts pour la sauver, et ce, devant plusieurs témoins. Je conclus alors à un décès accidentel.

## CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée des suites d'une obstruction de ses voies respiratoires.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec** dont l'Hôpital Sainte-Croix fait partie :

- [R-1] Réviser la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée lors de son hospitalisation du 17 au 19 octobre 2024 et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances;
- [R-2] S'assurer que les rapports de déclaration d'incidents/accidents soient dûment remplis, tel que prescrit par la Loi sur la santé et les services sociaux, afin d'identifier les situations à risques et les interventions requises pour éviter qu'un événement semblable se reproduise.

---

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 Drummondville, ce 13 janvier 2025.



Me Yvon Garneau, coroner