

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-02299

Le présent document constitue
une version dénominisée 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 Julie-Kim Godin
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-03-24 Date de l'avis	2024-02299 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
77 ans Âge	Masculin Sexe	
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-03-24 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Ambulance Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ vivait dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) depuis décembre 2023 compte tenu de ses conditions et d'une perte d'autonomie récente.

Le 24 mars 2024, vers 9 h, M. ██████████ s'est plaint de douleurs persistantes. Une médication qui lui avait été prescrite, soit de l'hydromorpnone et de l'acétaminophène, pouvait lui être donnée au besoin (PRN) pour le soulager.

Au cours de la matinée, il a présenté une diminution de son état de conscience et une détérioration de ses signes vitaux. Le médecin de garde a été contacté vers 11 h 30. À sa demande, du Narcan © (soit un médicament utilisé lors d'une possible surdose aux opioïdes) lui a été administré.

Face à l'absence d'amélioration, le médecin a été rappelé et un transfert vers un centre hospitalier a été demandé.

Des ambulanciers sont arrivés sur les lieux vers 12 h 25. M. ██████████ était alors inconscient, présentait des difficultés respiratoires et un pouls très faible. Lors de son transfert vers l'Hôpital Royal Victoria, il a fait un arrêt cardiorespiratoire. Compte tenu de son niveau de soins, aucune manœuvre de réanimation n'a été effectuée.

Son décès a été constaté vers 13 h 05, par un médecin de l'Hôpital Royal Victoria.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été réalisée le 26 mars 2024 au Centre universitaire de santé McGill. Dans son rapport, le pathologiste a décrit la présence d'un ulcère gastrique de 2,5 cm ainsi qu'une gastrite érosive sévère, soit une inflammation et une érosion importante de la paroi de l'estomac. Un saignement gastro-intestinal a aussi été noté.

Il a également observé un infarctus du myocarde cicatrisé et une athérosclérose avec une atteinte modérée de l'aorte et plus marquée de l'artère coronaire droite. Enfin, un thrombus (caillot sanguin) en processus d'organisation et de recanalisation a été retrouvé.

Des liquides biologiques ont été prélevés et analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. La présence de médicaments lui ayant été prescrits a été détectée en concentration thérapeutique. Aucune trace de morphine, drogue ou alcool n'a été décelée.

Les analyses effectuées n'ont pas mis en évidence de concentrations significatives de glucose et de corps cétoniques (acétone, β HB), ce qui exclut une hyperglycémie létale.

ANALYSE

M. [REDACTED] présentait plusieurs antécédents médicaux, dont un trouble neurocognitif majeur, un diabète de type 2 (insulino-dépendant), une insuffisance rénale chronique, une atteinte rénale modérée à grave, une dyslipidémie, une anémie et une hypertension artérielle.

Le 10 mars 2024, M. [REDACTED] a présenté une détérioration de son état général, des symptômes infectieux et des douleurs abdominales. Il a été conséquemment amené à l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria, a été évalué par l'équipe de soins et s'est soumis à des examens radiologiques et des analyses sanguines. Une hypothèse diagnostique d'appendicite non compliquée a été posée. Il a donc été admis à l'unité des soins aigus et un traitement conservateur, par antibiothérapie, a été débuté.

Au cours de son hospitalisation, il a présenté un delirium, une fibrillation auriculaire, une hypotension artérielle, une diminution de ses résultats d'hémoglobines et une augmentation de ses troponines. Il a été évalué par plusieurs professionnels de la santé, dont des chirurgiens, des internistes et un gériatre.

En raison de la présence d'une fibrillation auriculaire, il a été vu par un résident en cardiologie qui a confirmé un diagnostic de fibrillation auriculaire paroxystique, c'est-à-dire des épisodes de battements cardiaques irréguliers et rapides. Il a relevé la présence de troponines augmentées dans le sang (la troponine est une protéine spécifique du cœur, libérée dans la circulation sanguine en cas de souffrance cardiaque, comme lors d'un infarctus du myocarde) et que le rythme cardiaque était également élevé, entre 130 et 140 battements par minute. Le résident en cardiologie a recommandé de réaliser un scan cardiaque et un suivi serré de la condition cardiaque. Il ne semble toutefois pas y avoir eu de prise en charge ou de suivi par l'équipe de cardiologie.

Le 16 mars 2024, l'état de M. [REDACTED] s'est détérioré et une hernie inguinale étranglée a été mise en lumière.

Ce même jour, M. [REDACTED] a subi une intervention chirurgicale par laparoscopie, au cours de laquelle la hernie a été traitée. Toujours sous antibiotiques, aucune occlusion ou aucun signe d'appendicite n'a été identifié pendant l'intervention.

En post-opératoire, M. [REDACTED] est demeuré hospitalisé et alité à l'unité des soins aigus.

Le 21 mars 2024, M. [REDACTED] s'est soumis à une échographie cardiaque qui a mis en lumière une fraction d'éjection dans les limites de la normale, soit à 55 %.

Le 22 mars 2024, M. [REDACTED] a reçu son congé hospitalier et est retourné à son CHSLD. Le personnel médical a noté qu'il présentait alors une diminution de son état général.

À la lumière des expertises effectuées, M. [REDACTED] a souffert d'un infarctus du myocarde et ce, probablement avant d'obtenir son congé hospitalier. En effet, les constatations à l'autopsie nous indiquent que l'infarctus était cicatrisé au moment du décès et que le thrombus était recanalisé, soit en processus de guérison.

Compte tenu de la fibrillation auriculaire, de la présence de troponines, de l'hypotension et des antécédents médicaux de M. [REDACTED] aurait-on dû investiguer et suivre davantage sa condition cardiaque au cours de sa dernière hospitalisation, notamment afin d'éliminer la présence d'un infarctus? Est-ce que le congé du 22 mars était indiqué? Est-ce que M. [REDACTED] aurait dû être revu en cardiologie? Mentionnons qu'à son retour au CHSLD, son diabète semblait déséquilibré (ses glycémies étaient soudainement plus élevées) ce qui laisse suspecter que quelque chose n'allait pas bien.

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

Des échanges ont eu lieu entre la soussignée et le Directeur des services professionnels du Centre universitaire de santé McGill. Une évaluation de la qualité des soins a ainsi été débutée par le comité d'évaluation de l'acte médical du Centre universitaire de santé McGill. Le médecin évaluateur n'a identifié aucune pathologie ou enjeu de soins pour expliquer le décès de M. [REDACTED]. Comme il ne semble pas s'être penché sur l'évaluation, le suivi et le traitement de la condition cardiaque de M. [REDACTED] ni l'infarctus récent qui avait été noté à l'autopsie et la qualité du congé du 22 mars 2024, je formulerai une recommandation.

Je me suis également questionnée sur l'administration des médicaments le 24 mars 2024. En effet, de l'hydromorphone et de l'acétaminophène pouvaient lui être donnés s'il était souffrant. Les notes du personnel du CHSLD laissaient penser que de l'hydromorphone lui avait été donné. C'est probablement dans ce contexte et craignant une surdose que du Narcan © lui a été donné. Dans les faits, les analyses toxicologiques ont permis de confirmer que M. [REDACTED] n'a pas reçu d'hydromorphone.

Cause probable du décès

À la lumière des expertises effectuées, il est probable que M. [REDACTED] soit décédé des complications d'un infarctus du myocarde récent.

Les expertises effectuées ont permis d'exclure l'hypothèse d'une surdose à un médicament, une hyperglycémie létale et d'une complication en lien avec la chirurgie du 16 mars 2024.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] est probablement décédé des complications cardio-vasculaires d'un infarctus du myocarde.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le Centre universitaire de santé McGill :

[R-1] Procède à la révision du dossier de la personne décédée, pour la période du 10 au 22 mars 2024, dans le but de s'assurer que l'évaluation, les soins et le suivi qui lui ont été prodigués respectaient les plus hauts standards de qualité, notamment en ce qui concerne la condition cardiaque et le congé hospitalier et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Les dossiers médicaux de M. [REDACTED]
- Les rapports d'expertises.

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 Montréal, ce 3 avril 2025.



Me Julie-Kim Godin, coroner