Bureau du coroner
Québec

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de
[redacted]
2024-02309

Version dénominalisée

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 Francine Danais
Coroner

Édifice Le Delta 2
2875, boulevard Laurier, bureau 390
Québec (Québec) G1V 5B1
Téléphone : 1 888 CORONER (1 888 267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174
www.coroner.gouv.qc.ca

BUREAU DU CORONER

2024-03-25 Date de l'avis	2024-02309 N° de dossier

IDENTITÉ

[redacted] Prénom à la naissance	[redacted] Nom à la naissance	
45 ans Âge	Masculin Sexe	
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays

DÉCÈS

2024-03-25 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès
Hôpital de Hull Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [redacted] a été identifié visuellement par des membres de sa famille.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 25 mars 2024 vers 4 h 30, M. [redacted] éprouve un malaise et perd connaissance. Un appel est fait au 911 et des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) sont entreprises dans l'attente de l'arrivée des secours. À leur arrivée, les ambulanciers prennent la relève du RCR. Durant celui-ci, ils administrent 8 chocs de défibrillateur. Ils le transportent rapidement à l'Hôpital de Hull dont l'équipe de choc est avisée de leur arrivée prochaine.

À son arrivée, l'équipe de choc est en place et prend la relève du RCR durant lequel M. [redacted] reçoit entre autres 14 chocs de défibrillateur. Après 50 minutes et devant l'absence de reprise de pouls, les membres de la famille et l'équipe médicale prennent la décision d'arrêter les manœuvres et le médecin constate le décès.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été effectuée le 28 mars 2024 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et a permis de constater la présence d'une cardiomégalie légère (cœur plus gros que la normale), une sténose athéromateuse d'artères coronaires variant en 70 % et 98 %, un œdème pulmonaire très sévère ainsi qu'une anthracose (présence de poussière de charbon dans les poumons) modérée ainsi que des stigmates des manœuvres de réanimation (fractures costales, érosions).

Des prélèvements effectués lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses démontrent la présence de naxolone dans le sang. Il est important de préciser que celle-ci a été administrée à l'hôpital durant le RCR.

Aucun éthanol (l'alcool) n'a été détecté dans le sang.

Version dénominalisée

ANALYSE

Le registre des services médicaux de la Régie d'assurance maladie du Québec suggère que jusqu'à quelques semaines avant son décès, M. [redacted] n'avait pas de médecin de famille. Toutefois, selon des proches, des membres de la famille avaient des antécédents cardiaques.

Les dossiers médicaux révèlent que le 15 février 2024, M. [redacted] se présente à l'hôpital pour des douleurs rétrosternales. Le bilan sanguin et les résultats d'imagerie sont normaux. Un diagnostic de trouble œsophagien est rendu et une médication est prescrite. Il reçoit son congé.

Le 5 mars 2024, il consulte un médecin dans une clinique pour des douleurs thoraciques et une dyspnée depuis 2 semaines et une rectorragie. Le diagnostic posé est une œsophagite. Des médicaments lui sont prescrits et une référence pour une colonoscopie et une gastroscopie est faite puisqu'il avait déjà fait une hémorragie digestive basse. Le rendez-vous est fixé pour le 12 avril 2024. Son bilan sanguin est somme toute normal. Aucun antécédent cardiaque familial n'est mentionné au dossier.

Le 24 mars 2024 vers 13 h, il consulte un médecin à l'Hôpital de Hull pour les mêmes raisons. Il dit éprouver des épisodes de douleurs thoraciques sans irradiation dans le dos, les bras ou la mâchoire depuis un mois et demi. Il précise que ces douleurs durent environ 1 minute et se produisent environ une quinzaine de fois par jour. Il ajoute avoir des épisodes de constipations et de diarrhée et avoir eu un épisode de vomissement l'avant-veille. Dans la matinée, il avait éprouvé de la chaleur et des étourdissements et avait perdu connaissance pendant environ 2 minutes. Il est installé sur une civière et il est branché sur une télémétrie. Divers examens sont effectués soit un bilan sanguin et hépatique qui s'avèrent normaux ainsi qu'un examen tomodensitométrie également normal. Il reçoit une dose de nitro pour vérifier si cela allait réduire les douleurs thoraciques. Quant à la télémétrie, celle-ci ne démontre aucune anomalie au niveau du rythme cardiaque durant sa présence à l'urgence. Le diagnostic posé est une sensibilité épigastrique. Comme il a déjà un rendez-vous pour une gastroscopie et une colonoscopie, il reçoit son congé à 18 h 23 avec une médication pour soulager la douleur en cas de besoin.

Selon une proche, M. [redacted] éprouvait des points au thorax depuis le mois de janvier 2024 ainsi que des épisodes de sueurs.

Les trouvailles lors de l'autopsie révèlent une maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) critique avec une sténose des différentes artères coronaires variant entre 70 % et 98 %. Cela a comme conséquence de réduire le flux sanguin au cœur, ce qui explique les douleurs thoraciques. Les facteurs de risque sont entre autres le sexe (masculin), l'âge, le tabagisme (double le risque), des antécédents familiaux cardiaques, le cholestérol élevé et les habitudes de vie. M. [redacted] présentait certains facteurs de risque. Par ailleurs, l'œdème pulmonaire sévère survient également lors d'épisodes d'arythmie cardiaque maligne.

Il semble que malgré les différents examens effectués auprès de M. [redacted] depuis février 2024, les médecins n'ont pu diagnostiquer son état. Ainsi, sachant maintenant que M. [redacted] avait une condition médicale sérieuse, soit une MCAS critique, dans un but éducatif et afin de prévenir la vie, je recommanderai au Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais de réviser le dossier avec les trouvailles de l'autopsie et de faire une discussion de cas afin d'améliorer les pratiques le cas échéant.

Version dénominalisée

CONCLUSION

M. [redacted] est décédé d'une thrombose coronarienne sous-aigüe secondaire à une maladie cardiaque athérosclérotique critique.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATION

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

[R-1] Révise le dossier médical de la personne décédée, à la lumière des nouvelles informations découlant de l'autopsie réalisée le 28 mars 2024 et de faire une discussion de cas afin d'améliorer les pratiques le cas échéant.

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 10 avril 2025.

Me Francine Danais, coroner

Version dénominalisée