

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-00636

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 Mélanie Ricard
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-01-21 Date de l'avis	2025-00636 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
61 ans Âge	Masculin Sexe	
Sainte-Ursule Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-01-21 Date du décès	Louiseville Municipalité du décès	
Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 21 janvier 2025, vers 19 h, les proches de M. ██████████ ont fait appel au 911 puisqu'il était amorphe et somnolent depuis plusieurs heures. Des ambulanciers se sont rendus à son domicile et à leur arrivée, il était difficilement en mesure de répondre verbalement à leurs questions. Il mentionnait ne pas avoir de douleur, mais avoir de la difficulté à respirer.

Les ambulanciers ont objectivé une respiration rapide et superficielle (22/min.), un pouls rapide et filant (144/min.), une tension artérielle basse (79/53) et une saturation en oxygène basse (82 %). Comme il était connu pour un diabète de type 2, ils ont vérifié sa glycémie capillaire, qui était à 29.6 mmol/L (valeur élevée). Ils lui ont administré de l'oxygène et ont entrepris son transport vers le Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt.

Durant son transport, ses signes vitaux demeuraient perturbés et il n'était plus en mesure de parler, se contentant de hocher la tête. À son arrivée à l'urgence du centre hospitalier, il ne communiquait plus et avait le regard vide. Dans les instants suivants, il a présenté un arrêt cardiorespiratoire.

Les membres du personnel médical ont immédiatement débuté des manœuvres de réanimation. Un bref épisode de retour de pouls est survenu, mais en dépit de leurs efforts, après environ 45 minutes, ils ont dû cesser les manœuvres de réanimation, vu l'absence de contractilité cardiaque.

Le décès a été constaté à 20 h 28 par le médecin de garde de l'urgence.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été réalisée le 23 janvier 2025 à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Dans son rapport, le pathologiste a décrit la présence d'artériosclérose coronarienne sévère (accumulation de plaques sur la paroi interne des

artères du cœur qui en réduisent la circonférence) et d'une pyélonéphrite aiguë bilatérale (infection aiguë des reins). Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des échantillons de liquides biologiques prélevés lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'éthanol (l'alcool) sanguin était non détectable. Aucune substance (drogue, médicament) ayant pu contribuer au décès n'a été détectée.

Les analyses effectuées ont mis en évidence des concentrations élevées de glucose et de corps cétoniques (acétone, β HB), ce qui est compatible avec une acidocétose diabétique.

ANALYSE

Selon son dossier clinique, M. [REDACTED] avait un suivi médical régulier, qui s'était intensifié au cours des derniers mois, en raison d'un diabète de type 2, d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale. Une nouvelle médication avait été débutée pour le contrôle de son diabète, ce qui avait eu pour effet de lui faire perdre du poids, d'améliorer ses résultats de glycémies capillaires ainsi que les valeurs de sa pression artérielle.

Dans les derniers mois, il était également suivi pour de la rétention urinaire et une insuffisance rénale et portait une sonde vésicale en permanence. En revanche, la maladie coronarienne visualisée à l'autopsie ne semblait pas être connue.

Il avait été admis par ambulance au Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt le 20 janvier 2025 (la veille de son décès) dans la matinée en raison de douleurs importantes aux épaules et au cou qui duraient depuis 3 jours. Aucun traumatisme n'était rapporté, mais il avait une enflure importante au niveau du cou et il décrivait sa douleur comme une crampe. À ce moment, il mentionnait ne pas avoir d'appétit en raison de la douleur et avoir cessé sa médication.

Lors de son évaluation par l'infirmière, il ne faisait pas de fièvre, ses signes vitaux étaient dans les limites normales et sa glycémie capillaire était à 13.6 mmol/L (la valeur cible maximale à jeun est de 7 mmol/L). Des médicaments pour la douleur lui ont été administrés et des analyses d'urine et de sang ont été réalisées. Les résultats des bilans sanguins prélevés vers midi démontraient plusieurs valeurs hors de la normale, dont notamment l'acide lactique et les gaz veineux. La culture d'urine aura plus tard révélé la présence d'une infection urinaire.

Entre 15 h et 19 h, des examens d'imagerie médicale ont été effectués avec un transport par ambulance au Pavillon Sainte-Marie, puis M. [REDACTED] est revenu à l'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt vers 19 h. À ce moment, lors de l'évaluation par l'infirmière du triage, son pouls était rapide (113/min) et ses autres signes vitaux étaient toujours normaux. Aucun contrôle de la glycémie capillaire n'a toutefois été réalisé. Deux réévaluations ont été effectuées par l'infirmière à 20 h 28 et 22 h 51 sans prise de signes vitaux ou de glycémie.

M. [REDACTED] a été vu par le médecin à 22 h 30, selon la note de ce dernier. À cette occasion, aucun nouveau bilan sanguin n'a été effectué. Le médecin concluait en la présence d'arthrose cervicale, il prescrivait divers médicaments pour diminuer la douleur et autorisait le retour de M. [REDACTED] à son domicile. Son médecin de famille devait le voir pour la suite du suivi.

À son retour au domicile, ses proches ont rapporté qu'il était très fatigué. Le lendemain matin, il était en mesure de parler, mais était amorphe et ralenti. Ses proches croyaient que cet état résultait des effets secondaires des médicaments pour la douleur. Toutefois, plus tard dans la journée, constatant qu'il était difficile à réveiller et léthargique, ils ont fait appel au 911.

À la lumière des données recueillies lors de l'investigation, il est probable que l'état d'infection urinaire présenté par M. [REDACTED] ait causé la pyélonéphrite aiguë observée à l'autopsie. Cet état septique a pu entraîner diverses complications médicales, dont un choc septique ainsi qu'un probable état de choc cardiogénique, dans un contexte où sa condition cardiaque était déjà très précaire.

Les douleurs qu'il a présentées au cou dans les jours précédant son décès n'étaient probablement pas en lien avec son état septique. Toutefois, le fait qu'il ait été incapable de s'alimenter et ait de lui-même cessé certains médicaments dans les jours précédents aura également entraîné une hyperglycémie et une acidocétose diabétique.

Les perturbations aux bilans sanguins observés le 20 janvier 2025 semblent s'être aggravées significativement en l'espace d'un peu plus de 24 heures. En effet, lors de son arrivée à l'urgence le 21 janvier 2025, les bilans sanguins démontraient plusieurs irrégularités critiques dont une acidose métabolique et une hyperglycémie importante.

Au terme de mon investigation, je me questionne à savoir s'il était indiqué que M. [REDACTED] regagne son domicile dans la soirée du 20 janvier 2025, sans bilan médical de contrôle. De plus, bien qu'il ait clairement exprimé ne pas avoir été en mesure de s'alimenter et avoir cessé ses médicaments, aucune note concernant la gestion de son diabète ne se retrouve au dossier.

À ce stade, il est important de préciser qu'en vertu de la *Loi sur les coroners*, il n'est pas dans le mandat du coroner d'évaluer la qualité des soins ou la compétence des professionnels impliqués dans le traitement d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

En conséquence, il serait opportun que les instances appropriées qui ont comme mandat notamment de réviser les décès en telle situation se penchent sur le dossier. À ce titre, dans un souci de protection de la vie humaine, je formulerai une recommandation, laquelle a préalablement été communiquée aux instances concernées.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est probablement décédé des complications médicales d'un état d'infection et d'acidocétose métabolique évoluant vers un choc septique et cardiogénique, dans un contexte de multiples comorbidités.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, dont fait partie le Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt** :

[R-1] révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée, lors de sa visite à l'urgence du 20 janvier 2025 et, le cas échéant, mette en place des mesures appropriées afin que la prise en charge et les soins respectent les plus hauts standards de qualité dans les services offerts aux usagers en pareilles circonstances.

SOURCES D'INFORMATION

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

- Les dossiers cliniques de M. [REDACTED] auprès de son médecin de famille et du Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt ;
- Les rapports d'expertises de M. [REDACTED] ;
- Mes discussions avec ses proches.

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 La Tuque, ce 27 juin 2025.



Me Mélanie Ricard, coroner