

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

 

2025-01189

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.

Dr Arnaud Samson
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-02-07 Date de l'avis	2025-01189 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████ Prénom à la naissance	██████ Nom à la naissance	
30 ans Âge	Masculin Sexe	
Longueuil Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2023-06-15 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Centre hospitalier de l'Université de Montréal Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████ est identifié visuellement par un proche à l'hôpital.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████ est suivi médicalement pour une anomalie de l'écoulement du liquide céphalorachidien depuis 2019 par un neurochirurgien qu'il a consulté à deux reprises la semaine précédant son décès. Il a également consulté à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne et à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Les proches de M. ██████ demandent l'intervention du coroner en raison des circonstances entourant son décès. Appuyés par un rapport d'expertise médico-légale, ils souhaitent qu'une investigation soit menée afin de faire la lumière sur les causes du décès et, le cas échéant, recommander les mesures nécessaires pour éviter qu'un tel événement ne se reproduise.

Le décès de M. ██████ a été constaté le 15 juin 2023 par un médecin du CHUM.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Puisque le coroner n'a pas été avisé du décès au moment de celui-ci, il a été impossible de réaliser des expertises dans la présente investigation. Cependant, les conditions qui ont entraîné le décès de M. ██████ sont suffisamment documentées dans ses dossiers cliniques.

ANALYSE

M. ██████ est un homme de 30 ans suivi depuis 2019 pour une hydrocéphalie traitée par ventriculostomie du troisième ventricule. Des examens d'imagerie subséquents montrent une perméabilité variable de la dérivation, avec une augmentation progressive des ventricules latéraux. Jusqu'en 2023, il demeure asymptomatique.

Cette condition était liée à un rétrécissement de l'aqueduc de Sylvius (un petit canal qui assure normalement la circulation du liquide céphalorachidien). Le neurochirurgien a donc créé un nouveau passage pour rétablir l'écoulement du liquide, par une approche frontale.

Le 12 juillet 2019, le neurochirurgien demande une étude du flux (écoulement du liquide) de ventriculostomie. Pendant cet examen à haute résolution, le radiologiste localise le site de ventriculostomie avec des phénomènes qui témoignent du passage du liquide céphalorachidien par la ventriculostomie et il conclut que cette ventriculostomie lui apparaît perméable.

Le 18 juillet 2020, le neurochirurgien demande une imagerie par résonance magnétique (IRM). Pendant cet examen effectué sans substance de contraste, le radiologiste n'est pas capable de juger de la perméabilité de la ventriculostomie.

Le 3 novembre 2020, une téléconsultation est effectuée par le neurochirurgien dans le cadre d'un suivi postopératoire. M. [REDACTED] se porte très bien, ne présente aucune plainte ni céphalée. Il est très actif, et les résultats de son IRM sont satisfaisants. Il est informé des résultats, et un rendez-vous est prévu dans un an, avec une nouvelle IRM.

Le 7 septembre 2021, une consultation a lieu au CHUM à 10 h 35 pour un suivi. M. [REDACTED] va bien, est très actif au travail et marche une heure par jour. Il ne présente aucun signe clinique inquiétant. L'IRM, effectuée le 27 août, montre une augmentation des ventricules latéraux sans évidence de perméabilité de la ventriculostomie. M. [REDACTED] en est informé, et un rendez-vous de suivi est planifié dans huit mois avec une nouvelle IRM.

L'IRM effectuée le 13 mai 2022 montre une stabilité de l'augmentation des ventricules latéraux qui évoque selon le radiologiste la possibilité d'un effet obstructif au niveau des foramens de Monro (ils relient chaque ventricule latéral situé dans les hémisphères cérébraux, au troisième ventricule situé plus centralement, sous le thalamus. Grâce à ces canaux, le liquide céphalorachidien peut s'écouler des ventricules latéraux vers le troisième ventricule, poursuivant ensuite son trajet vers le quatrième ventricule puis autour du cerveau et de la moelle épinière). Il n'y a pas de signe franc de perméabilité du site de la ventriculostomie.

Le 25 octobre 2022, une téléconsultation de suivi est réalisée à 9 h 30. M. [REDACTED] est asymptomatique et demeure très actif. Il est informé des résultats de l'IRM, qui révèlent une ventriculomégalie. Un rendez-vous est fixé un an plus tard.

Le mercredi 7 juin 2023 à 13 h, une consultation est effectuée par le neurochirurgien. Il est symptomatique depuis deux semaines, et présente des céphalées. Selon le dossier médical, il indique que M. [REDACTED] n'a pas de trouble visuel (il a des troubles visuels depuis des années selon ses proches), ni nausée, ni vomissement, ni signe de localisation neurologique, ni évidence d'hypertension intracrânienne. Un examen physique est indiqué, mais il n'y est pas indiqué si l'examen du fond d'œil à la recherche d'un papillœdème (on cherche un papillœdème pour confirmer ou exclure une hypertension intracrânienne, guider les examens subséquents, et prévenir des complications graves comme l'engagement cérébral) de M. [REDACTED] a été réalisé. Une IRM est prescrite le jour même. Un rendez-vous est prévu dans 2 jours ou plus tôt en cas de détérioration, ce qui traduit une inquiétude clinique de la part du neurochirurgien, car habituellement il revoit M. [REDACTED] quelques semaines plus tard.

Le rapport de l'IRM indique : « *aspect stable de la dilatation des ventricules latéraux sans signe de résorption transépendymaire depuis les examens antérieurs dont le plus récent date de mai 2022* »

Le vendredi 9 juin 2023, à 12 h 30, M. [REDACTED] est revu par le neurochirurgien pour contrôle de ces céphalées en casque qui disparaissent sans médication. Il n'a ni nausée ni vomissement, mais ressent des étourdissements, surtout lors de mouvements. Aucun symptôme d'hypertension intracrânienne n'est observé. Il dort plus de dix heures par jour. M. [REDACTED] est avisé de consulter en urgence si sa vision diminue, s'il présente des

nausées/vomissements ou céphalées importantes. La note clinique ne porte pas de mention d'examen physique, notamment, elle ne précise pas l'examen du fond d'œil à la recherche d'un papilloedème.

M. [REDACTED] est orienté vers un bilan neurophysiologique et une consultation en neuro-ophtalmologie. Un rendez-vous est planifié en aout 2023.

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 le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

Cet épisode de soins soulève les questions suivantes :

- o Ces symptômes, conjugués à l'historique d'hydrocéphalie, pouvaient-ils évoquer une élévation progressive de la pression intracrânienne ?
- o Un examen plus approfondi, incluant l'examen du fond d'œil, a-t-il été réalisé pour évaluer un éventuel œdème papillaire ?
- o Le choix de revoir M. [REDACTED] à distance plutôt que de recommander une observation hospitalière immédiate était-il justifié dans ce contexte ?

Le lundi 12 juin 2023, à 10 h 34, M. [REDACTED] se présente en ambulance, non accompagné, à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne en raison d'une céphalée d'apparition soudaine accompagnée de photophobie. À son arrivée à l'urgence, ses signes vitaux sont normaux, et la douleur est localisée au niveau du front.

L'urgentologue note que M. [REDACTED] est déjà en investigation pour « migraines ». Celui-ci rapporte des céphalées bifrontales récurrentes depuis plusieurs semaines, décrites comme non pulsatiles, déclenchées par la lumière et accompagnées de troubles visuels (photophobie), avec un épisode plus intense survenu le matin après avoir regardé son téléphone. M. [REDACTED] mentionne également un épisode isolé de nausée. Aucun signe neurologique focal, visuel ou infectieux n'est détecté à l'examen clinique. L'évaluation est compatible avec un tableau de migraine, bien que ses antécédents d'hydrocéphalie justifient d'écarter une complication intracrânienne.

Un bilan sanguin est obtenu et se révèle dans les limites de la normale. Une tomodensitométrie crânienne montre un effacement des sillons corticaux, suggérant une pression intracrânienne possiblement augmentée. On observe une dilatation des ventricules latéraux et un affaissement du troisième ventricule. Ces résultats évoquent, selon le radiologiste, un blocage au niveau des foramens de Monro plutôt qu'au niveau de l'aqueduc de Sylvius. Aucun épanchement liquidien, saignement actif, signe d'infection ou masse anormale n'est observé. Un affaissement partiel des amygdales cérébelleuses est noté, plus marqué du côté gauche. Les examens antérieurs confirment la stabilité de la dilatation ventriculaire.

Ces éléments sont discutés entre le radiologiste et l'équipe traitante. M. [REDACTED] devient asymptomatique à 16 h 34, affirmant être complètement soulagé et tolérer la lumière. Il quitte avec la recommandation de contacter son neurochirurgien afin d'assurer son suivi.

Cet épisode de soins soulève la question suivante :

- o Étant donné ces signes évocateurs d'hypertension intracrânienne, la décision de ne pas hospitaliser M. [REDACTED] a-t-elle été prise avec toutes les garanties diagnostiques nécessaires ?

Le mardi 13 juin 2023 à 0 h 05, M. [REDACTED] se présente à l'urgence du CHUM pour des céphalées, accompagnées de nausées et de vomissements. Il dit que depuis deux semaines il souffre de maux de tête, devenus plus intenses ce jour-là. Sa conjointe mentionne un épisode de confusion en soirée, avec photophobie.

À son arrivée à l'urgence, ses signes vitaux sont normaux (*les heures ci-dessous sont celles utilisées dans les notes infirmières, pour établir une référence de base*).

- À 1 h 22, M. [REDACTED] est transféré en salle de choc en raison d'une altération de son état de conscience, sous les soins de l'urgentologue.
- À 1 h 27, il commence à vomir.
- À 1 h 29, il présente des tremblements généralisés.
- À 1 h 52, il ne répond plus aux questions.
- À 2 h 17, il devient inconscient.
- À 2 h 25, il fait un arrêt respiratoire et est ventilé au ballon.
- À 2 h 40, il est sous ventilation assisté avec guédelle.
- À 2 h 43, il est intubé.
- À 3 h 3, une tomodensitométrie cérébrale est réalisée. Le rapport indique une accentuation de l'effet de masse par rapport à l'IRM du 7 juin 2023. On observe une compression accrue des structures centrales, notamment du mésencéphale, ainsi qu'un déplacement antérieur du tronc cérébral. Les amygdales cérébelleuses descendent et obstruent partiellement le foramen magnum. Le quatrième ventricule est légèrement comprimé, alors que le troisième ventricule et les ventricules latéraux sont légèrement dilatés.
- À 3 h 36, le neurologue de garde est contacté et il suggère une évaluation par ponction lombaire immédiate du liquide céphalorachidien.
- À 3 h 53, une ponction lombaire est effectuée par l'urgentologue.

Cet épisode de soins soulève les questions suivantes :

- o Quels éléments cliniques ont été considérés pour procéder à une ponction lombaire malgré la présence de signes radiologiques compatibles avec une hypertension intracrânienne ?
- o Les critères précautionnels reconnus ont-ils été pris en compte de manière appropriée ?
- o Une consultation urgente en neurochirurgie aurait-elle pu modifier l'approche ?
- À 5 h 29, M. [REDACTED] est transféré à l'unité des soins intensifs.
- À 8 h 17, une nouvelle tomodensitométrie cérébrale est effectuée. Le rapport révèle un œdème cérébral diffus important avec des signes d'hypertension intracrânienne sévère. Il persiste une descente marquée des amygdales cérébelleuses, obstruant complètement le foramen magnum. Le système ventriculaire est diminué, probablement en raison de la dérivation ventriculaire combinée à l'effet de masse de l'œdème. Aucune hémorragie intracrânienne n'est observée.
- À 8 h 30, le neurochirurgien est contacté.
- À 8 h 45, le neurochirurgien installe une DVE (Dérivation Ventriculaire externe) au chevet de M. [REDACTED]

Cet épisode de soins soulève les questions suivantes :

- o Une dérivation ventriculaire plus précoce aurait-elle pu ralentir l'évolution fatale ?
- o La reconnaissance de l'hypertension intracrânienne aurait-elle pu survenir plus tôt ?

Mercredi 14 juin à 6 h 16, une nouvelle tomodensitométrie cérébrale montre une aggravation de l'œdème cérébral diffus, témoignant d'une détérioration radiologique.

À 11 h 45, une IRM montre un gonflement important et généralisé du cerveau. Celui-ci exerce une pression vers le bas, ce qui entraîne un déplacement anormal de structures profondes du cerveau, y compris une descente marquée de la partie inférieure du cervelet. Il existe aussi des signes de manque d'oxygène et de circulation sanguine dans plusieurs régions du cerveau. Bien que l'IRM ne soit pas conçue pour confirmer un décès cérébral, les résultats vont dans ce sens.

Le 15 juin, un médecin du CHUM confirme le décès par mort cérébrale à 12 h 04.

Mesures correctives mises en place depuis le décès :

Un retour préalable sur les circonstances du décès de M. [REDACTÉ] réalisé avec les établissements ayant été impliqués dans les différents épisodes de soins, m'a permis de soulever des questions cliniques et d'en tirer les constats à la base de la recommandation formulée à la fin du présent rapport.

À la suite d'échanges que j'ai eus avec la direction médicale et les services professionnels du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, deux axes de réflexion ont été abordés :

- **La qualité de la prise en charge et des soins médicaux prodigués lors du suivi neurochirurgical jusqu'au 9 juin 2023**, ainsi que les correctifs à envisager pour améliorer les pratiques cliniques dans des circonstances similaires.
- **La qualité de la prise en charge le 12 juin 2023**, notamment en ce qui concerne le recours à une ponction lombaire dans un contexte de suspicion d'hypertension intracrânienne, lors de l'évaluation à l'urgence du CHUM, suivie de l'hospitalisation aux soins intensifs, et les ajustements requis le cas échéant.

Le dossier de M. [REDACTÉ] a par ailleurs été revu en profondeur en 2023 et 2024 par plusieurs instances médicales du CHUM :

- Comité d'évaluation médicale du Département de médecine (7 septembre 2023)
- Comité central de l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (26 septembre 2023)
- Réunions de morbidité et mortalité de l'Unité des soins intensifs (6 septembre 2023)
- Département de médecine d'urgence (26 septembre 2023)
- Département de neurologie (4 octobre 2023)
- Département de neurochirurgie (31 janvier 2024)
- Département de radiologie (14 février 2024)

À la suite de ces démarches, la direction médicale m'a indiqué que des mesures visant à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers dans des contextes comparables ont été mises en œuvre à l'interne. En conséquence, **seule une recommandation additionnelle m'apparaît nécessaire** dans le cadre de la présente investigation.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTÉ] [REDACTÉ] est survenu dans un contexte d'évolution neurologique aiguë associée à une hydrocéphalie connue.

Il s'agit d'un décès d'origine indéterminée.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, dont fait partie l'Hôpital Charles-Le Moyne** :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée lors de la consultation à l'urgence le 11 juin 2023 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, soit :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les rapports d'expertise du neurochirurgien ;
- Les échanges avec les proches de la personne décédée ;
- Les échanges avec les établissements de santé concernés.

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 Québec, ce 7 juillet 2025.



Dr Arnaud Samson, coroner