

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-01299

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt et sans la signature du coroner). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt et la signature du coroner, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Nancy Bouchard

BUREAU DU CORONER	
2024-02-14 Date de l'avis	2024-01299 N° de dossier
IDENTITÉ	
Prénom à la naissance 23 ans Âge Labrecque Municipalité de résidence	Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province Canada Pays
DÉCÈS	
2024-02-14 Date du décès Hôpital de Chicoutimi Lieu du décès	Saguenay Municipalité du décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] a été identifié visuellement, par ses proches, au centre hospitalier.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 5 février 2024, M. [REDACTED] est admis à l'Hôpital de Chicoutimi pour subir une thyroïdectomie totale en raison de la maladie de Graves dont il est atteint. Il entre à la salle d'opération vers 13 h 18 et la chirurgie est débutée quelques minutes plus tard pour se terminer vers 15 h. Il est transféré à la salle de réveil vers 15 h 25 et à ce moment il n'a aucune difficulté respiratoire, mais il a une voix rauque.

Il est transféré à l'étage vers 16 h 30. À ce moment, il y a présence d'un hématome et d'œdème au cou. Vers 19 h 15, comme le personnel constate que ces deux éléments sont en augmentation, le médecin est contacté. Ce dernier suggère d'installer un drain sur succion. Toutefois, selon ses proches, il a de la difficulté à respirer, mais sa saturation est régulière.

Dans la soirée, l'état de M. [REDACTED] s'aggrave et une lunette nasale est installée. Vers 20 h 55, il développe une insuffisance respiratoire et vers 21 h, un code bleu est lancé (arrêt cardiaque). Une intubation d'urgence est tentée, mais difficile donc il est transféré au bloc opératoire. Pendant ce temps, des manœuvres de réanimation sont en cours. Puisque l'intubation traditionnelle est impossible par l'anesthésiologiste en raison d'un accès difficile à la trachée vu l'hématome, d'autres méthodes d'intubation sont entreprises. Finalement, une trachéotomie doit être pratiquée ; M. [REDACTED] est intubé.

Son état est stable (ses signes vitaux sont normaux), mais il ne revient pas à son état habituel. Le 9 février, un scan est effectué et le pronostic est plutôt sombre, en raison de la présence d'une ischémie corticale diffuse et d'une anoxie cérébrale diffuse et profonde, les séquelles risquent d'être irréversibles.

Le 14 février, une scintigraphie (un examen radiologique) est effectuée et confirme un décès neurologique. Un constat de décès est dressé par un médecin du centre hospitalier le 14 février 2024 à 12 h 40.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont bien documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital de Chicoutimi, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée. En effet, dans ce cas-ci, la cause de décès n'est pas en jeu.

ANALYSE

M. [REDACTED] était âgé de 23 ans et il n'avait pas d'autre problème de santé que sa maladie de Graves. Cette maladie est une maladie auto-immune qui stimule anormalement la production d'hormones thyroïdiennes par la glande. Trois options thérapeutiques sont possibles : la prescription de médicaments antithyroïdiens de synthèse, l'ablation chirurgicale de la thyroïde (thyroïdectomie) ou la destruction de la glande par iode radioactif. Dans le cas de M. [REDACTED], le traitement avec les médicaments n'était pas efficace, donc une thyroïdectomie a été prévue le 5 février 2024.

M. [REDACTED] a été opéré avec succès. Il faut dire qu'un saignement lors d'une telle opération n'est pas anormal. Toutefois, saigner au point que cela gêne la respiration ne l'est pas.

En ce qui concerne les moments cruciaux lors de la dégradation de l'état de M. [REDACTED], les seules notes d'évolution au dossier clinique indiquent en date du 5 février 2024 :

16 h 30 : Arrive de la salle de réveil, installé au lit, calme. Accuse dlr à 7/10 a/n du cou. Pansement légèrement souillé idem à délimitation. Hémovac en place. Drain sanguin. Signes trousseau et chocsteck négatif. Soluté administré, pas d'autres plaintes. cloche au chevet. Aviser personnel PRN

19 h 15 : Présences hématome au cou délimité. Œdème ++ au cou

17 h 10 : Dose de calmant complétée à 2 mg avec 1.25 mg de Dilaudid en sous-cutané, car patient avait douleur à 7-8/10. Suivons

19 h 15 : œdème augmenté depuis délimitation, hématome également, dr contacté

19 h 30 : Drain hémovac augmenté sur succion, 80 tel que rx

20 h 55 : Se lève seule miction naturelle de 400 ml. Patient accuse difficulté respiratoire, sat 99 %, teint N, TA 142/76, pls 109, installation lunette nasale

21 h : pt n'arrive plus à parler, nous fait signe que l'air ne passe plus, code bleu lancé

Dans ce cas-ci, tel que l'on peut le constater ci-dessus, la lecture du dossier clinique afin de comprendre la séquence des événements fut difficile. En effet, d'une part, les notes sont insuffisantes (aucune note entre 17 h 10 et 19h15 malgré l'évolution de la situation) et la séquence de celles-ci semble inadéquate (note à 19 h 15 intercalée entre un commentaire identifié à 16 h 30 et un autre à 17 h 10), ce qui est contraire aux règles concernant la tenue de dossiers. De plus, dans ce cas-ci, cette lacune fait en sorte qu'il est impossible de confirmer si la prise en charge de M. [REDACTED] fut appropriée. Toutefois, il n'appartient pas au coroner de juger les actes médicaux posés, il existe des instances prévues à cet effet.

Également, le sous-comité de gestion des risques s'est questionné sur le décès de M. [REDACTED]. Il a procédé à une révision des événements et des recommandations ont été émises et les proches de M. [REDACTED] en ont été informés.

Toutefois, malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé à la suite de complications consécutivement à une chirurgie pour la glande thyroïde.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, dont fait partie l'Hôpital de Chicoutimi** :

- [R-1]** Révise la qualité des soins prodigués le 5 février 2024 à la personne décédée et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances;
- [R-2]** Effectue un rappel auprès du personnel infirmier sur l'importance d'une tenue de dossier selon ses normes de pratiques établies afin de maintenir les plus hauts standards de qualité dans l'exercice de leurs fonctions.

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 Saguenay, ce 19 août 2025.

Me Nancy Bouchard, coroner