

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-00226

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.

Daniel Riverin
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-01-08 Date de l'avis	2025-00226 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
62 ans Âge	Féminin Sexe	
Québec Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-01-08 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Hôpital de l'Enfant-Jésus Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 5 janvier 2025, Mme ██████████ chute à son domicile. Elle se blesse au poignet gauche et ressent de la douleur au sternum et au coccyx. Elle se rend consulter à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ). À cet endroit, au moyen d'une radiographie, un médecin lui diagnostique une fracture distale métaphysoépiphysaire. Une injection visant à anesthésier son avant-bras est également effectuée. Par la suite, l'équipe soignante est en mesure de stabiliser temporairement son poignet à l'aide d'une attelle plâtrée. Une consultation en orthopédie est planifiée au cours des prochaines heures afin de vérifier si une chirurgie sera nécessaire. En fin de soirée, Mme ██████████ est de retour chez elle.

Au cours de la journée du 6 janvier, une douleur persistante s'installe à son poignet gauche. Cette douleur ne nécessite cependant pas la prise de médicament analgésique.

Le 7 janvier en début d'avant-midi, elle obtient un rendez-vous avec un orthopédiste en consultation externe. Or, avant de se rendre à l'hôpital, elle ne se sent pas bien. Les douleurs découlant de sa chute s'intensifient, elle est nauséuse et elle a des vomissements. À son arrivée à la consultation externe, elle présente une évidente diminution de son état général selon ses proches.

Lors de la consultation en orthopédie, il est convenu qu'elle subira, le 8 janvier, une réduction de sa fracture au poignet afin de corriger notamment l'alignement des os. Elle peut quitter et retourner chez elle en attendant l'appel pour la chirurgie. Au moment de quitter l'hôpital, elle a de la difficulté à se rendre à la voiture. À la maison, elle nécessite de l'assistance pour se dévêtir et se coucher au lit. Elle demande des analgésiques.

Au courant de la soirée, ses proches communiquent avec le 911. Elle ne va pas bien et sa famille constate qu'elle a les doigts de la main gauche rouges et enflés. Après une évaluation de sa situation par les techniciens ambulanciers, elle est transportée à l'HEJ en raison de ses douleurs intenses. Arrivée à l'urgence, elle est agitée et mentionne au personnel qu'elle a extrêmement mal. Ses douleurs se situent principalement au sternum et deviennent

progressivement diffuses. Le médecin lui prescrit alors une radiographie du sternum. Aussi, son attelle plâtrée est alors coupée de 1 cm au niveau des jointures à la demande de l'urgentologue. Comme elle sera opérée le lendemain, on la garde sur une civière en salle d'observation.

En fin de soirée, le 7 janvier, jusqu'en début de nuit, le 8 janvier, Mme [REDACTED] demeure agitée et souffrante. Elle dit même craindre de mourir. Vers 3 h 15, l'urgentologue est avisé de cette situation, mais il n'est pas en mesure de l'évaluer. Vers 3 h 35, une infirmière note que Mme [REDACTED] décompense, elle avise à nouveau le médecin de l'urgence. Ce dernier se rend l'évaluer. Vers 3 h 43, elle présente d'importantes difficultés respiratoires, son rythme cardiaque devient irrégulier et elle devient inconsciente. Jusqu'à 5 h 37, des manœuvres de réanimation sont effectuées de manière soutenue. À deux reprises, ses battements cardiaques reprennent spontanément. Toutefois, vers 5 h 40, l'arrêt cardiorespiratoire semble se confirmer et les risques relatifs au maintien des manœuvres l'emportent sur les bénéfices. Son décès est constaté sur place par un médecin.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Le 9 janvier 2025, une autopsie est pratiquée à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et permet de constater la présence d'une fasciite nécrosante centrée au poignet gauche (de l'extrémité des doigts jusqu'à la moitié de l'avant-bras). Cette infection d'un fascia (enveloppe d'un muscle) est causée par une bactérie (*Streptococcus pyogène*, Streptocoque du groupe A) également connue sous le nom de la « bactérie mangeuse de chair ».

Des prélèvements effectués lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal. Ces analyses démontrent la présence dans le sang de substances non contributives au décès. L'éthanol (l'alcool) sanguin est absent.

ANALYSE

Mme [REDACTED] n'avait aucun antécédent médical pertinent.

Les streptocoques vivent normalement sur la surface de la peau des individus. Il peut arriver qu'ils s'y introduisent notamment lorsque la peau perd son intégrité suite à un œdème (enflure) ou à une plaie, si petite soit-elle. Ainsi, les infections à streptocoques, telle la fasciite nécrosante, sont des formes graves de cellulite¹. En résumé, elles provoquent la mort de la peau et des tissus infectés. Parmi les premiers symptômes qui apparaissent en début d'infection, on retrouve souvent une altération de l'état général du patient et de la fièvre élevée. De la rougeur, de la chaleur et de l'œdème se manifestent aussi dans la région infectée.

Lorsque cette infection n'est pas prise en charge rapidement par une intervention chirurgicale en parallèle d'une antibiothérapie, elle peut dégénérer en choc septique et en détérioration avancée des fonctions cardiorespiratoires.

Dans le cas de Mme [REDACTED] et sans être exhaustif, la bactérie a potentiellement eu deux occasions de s'infiltrer. La première occasion est survenue lors de l'injection visant à

¹ Le terme cellulite réfère ici à une infection de la peau et non à l'accumulation de graisse sous la peau qui crée un aspect bosselé ou « peau d'orange ».

anesthésier le site de la fracture lors de la réduction de celle-ci, la seconde est apparue en raison de l'œdème. En effet, cette dernière distancie les cellules de la peau créant de micro-ouvertures, perturbe la circulation sanguine et lymphatique, affaiblit les défenses locales et crée un environnement humide propice à la prolifération bactérienne, facilitant ainsi l'invasion des tissus mous par le streptocoque.

Selon le déroulement des événements, l'infection serait apparue dans la journée du 6 janvier. Quelques symptômes apparaissent à ce moment, tels que l'installation d'une douleur lancinante et progressive. Cependant, la présentation des symptômes est atypique. Autant dans les notes médicales et des infirmières, elle se plaint surtout de douleur à son sternum et à son coccyx. Le tout est clairement consigné au dossier clinique par l'infirmière au triage, le 7 janvier à 20 h 47. Lors de cette évaluation, l'infirmière précise que Mme [REDACTED] se plaint de ne pas avoir eu d'examen au niveau de son sternum et de son coccyx, là où se situe sa douleur.

En ce qui a trait au sternum, le radiologiste qui a analysé la radiographie constate une petite discontinuité de la ligne corticale antérieure au tiers moyen supérieur du sternum. Il n'est cependant pas en mesure de confirmer la présence d'une petite fracture non déplacée.

Selon la pathologiste qui a effectué l'autopsie, l'absence d'une hyperthermie (fièvre) franche dans la présentation des symptômes constitue une autre atypie. Elle ajoute qu'il est vrai que certains médicaments (acétaminophène, naproxène, ibuprofène, etc.) analgésiques qu'elle a utilisés sont antipyrétiques (abaisse la fièvre). Toutefois, habituellement l'effet antipyrétique n'est pas efficace devant une telle infection. Or, tout au long des notes au dossier clinique, les mesures de sa température corporelle demeurent dans les limites de la normale.

Comme l'infection se situe au niveau de son poignet, sous son attelle plâtrée, il ne semble pas possible pour les cliniciens, sans la retirer, de voir apparaître les signes et symptômes d'une infection à cet endroit sur la peau.

Malgré les recherches effectuées par le soussigné, plusieurs questions demeurent sans réponse dans les circonstances entourant la prise en charge en milieu hospitalier de Mme [REDACTED] et son décès.

Ses symptômes, notamment l'intensité de ses douleurs, ont-ils été évalués adéquatement ? En ce qui a trait à cette douleur, un médecin aurait demandé à une infirmière de couper l'attelle de 1 cm. Il y a là un indice de son inconfort à ce niveau. L'attelle aurait-elle dû être enlevée complètement ? Y a-t-il eu une certaine réserve de la part des soignants sachant qu'à la première heure, le lendemain, elle serait prise en charge par un orthopédiste ? Aussi, dans ses dernières heures de vie, une antibiothérapie prophylactique est commencée. Y aurait-il eu lieu de la débiter plus tôt. Des analyses sanguines sont demandées au moment où sa situation de santé est considérée comme alarmante. Y aurait-il eu lieu de les prescrire plus tôt ?

Deuxièmement, le 8 janvier vers 3 h 15, une infirmière informe l'urgentologue de garde que Mme [REDACTED] ne va pas bien. Toutefois, ce médecin est dans l'impossibilité d'intervenir puisqu'il est au chevet d'un autre patient. À 3 h 35, l'urgentologue est à nouveau informé de la détérioration de son état général. C'est vraisemblablement à partir de ce moment qu'elle est prise en charge, quelques instants avant le début des manœuvres. Il existe donc un délai entre le moment où on constate que son état se dégrade et le début de la prise en charge intensive médicale. L'infirmière aurait-elle dû interpeller un autre médecin en raison de l'indisponibilité de l'urgentologue ? Ce délai a-t-il été contributif au décès ? Les notes

inscrites par les infirmières au dossier clinique sont très peu élaborées et ne permettent pas de répondre à ces dernières questions.

En complément d'analyse, le soussigné a demandé à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval (CHU de Québec) de porter un regard sur les événements entourant le décès de Mme [REDACTED]. En résumé, la révision du dossier conclut qu'en raison de symptômes typiques d'une fracture du radius distal, l'évolution tragique était imprévisible lors de l'évaluation en orthopédie.

L'analyse effectuée par la DQEPE semble avoir porté sur la consultation en orthopédie laissant peu d'information sur l'épisode global de soins, particulièrement sur ce qui s'est déroulé à l'urgence dans la nuit du 7 au 8 janvier.

Il n'est pas du mandat du coroner de se prononcer sur la responsabilité professionnelle d'une personne. Dans le cadre de la présente investigation, j'ai eu des échanges avec les autorités de la Direction des services professionnels du CHUQ concernant les circonstances du présent décès en lien avec la qualité de l'exercice professionnel. À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, je formulerai une recommandation dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

Le décès de Mme [REDACTED] est attribuable à un choc septique probable dans le cadre d'une fasciite nécrosante à *Streptococcus pyogène*, découlant d'une fracture du poignet gauche occasionnée lors d'une chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval dont l'Hôpital de l'Enfant-Jésus** fait partie :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée pour l'épisode de soins entre le 5 et le 8 janvier 2025 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 cliniques de la personne décédée à l'HEJ ;
- Les rapports d'expertises du LSJML et de l'IUCPQ ;
- Les proches de la personne décédée.

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 20 novembre 2025.

Daniel Riverin, coroner

Version anonymisée