

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

■■■■■■ ■■■■■■ ■■■■■■

2021-00437

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 Martin Clavet

BUREAU DU CORONER	
2021-01-17 Date de l'avis	2021-00437 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ ██████████ Nom à la naissance
15 mois Âge	Masculin Sexe
Saint-Léonard-d'Aston Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2021-01-17 Date du décès	Saint-Léonard-d'Aston Municipalité du décès
Domicile Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

██████████ ██████████ ██████████ est identifié visuellement par ses parents au moment de sa prise en charge par les ambulanciers.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Les circonstances entourant ce décès font l'objet d'un rapport d'enquête des policiers de la Sûreté du Québec, Équipe des enquêtes sur les crimes majeurs (Trois-Rivières).

En avril 2020, soit neuf mois environ avant les événements entourant son décès, le petit ██████████ avait été opéré pour une sténose de la valve pulmonaire, au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du CHU de Québec-Université Laval. Il était d'ailleurs suivi par une cardiologue pédiatrique de cet hôpital, et un suivi en cardiologie était aussi prévu avec une cardiologue de Trois-Rivières.

Au moment des événements, le petit ██████████ demeure avec ses parents d'accueil dans la municipalité de Saint-Léonard-d'Aston. Il était arrivé dans cette famille d'accueil pour la DPJ en octobre 2020, et des démarches afin de l'adopter étaient en cours.

Le 17 janvier 2021, vers 17 h, ██████████ est au salon du domicile avec ses parents d'accueil. Il commence relativement soudainement à pleurer et à crier. Ses parents d'accueil lui parlent et tentent de le calmer, mais il crie davantage et devient en sueur (dans le cou). On note qu'il respire alors moins bien (plus lentement) que normal.

Il est déplacé dans une pièce adjacente et est placé sur le dos afin de vérifier sa couche. On constate alors qu'il respire très lentement, a les lèvres bleutées, les yeux mi-ouverts et est toujours en sueur (cou). Il devient soudainement très raide, puis mou, et ne respire plus. Un appel au 9-1-1 est alors fait vers 17 h 4, et des manœuvres de réanimation sont commencées.

Des vomissures sont notées durant les manœuvres. Toutefois, celles-ci se poursuivent jusqu'à l'arrivée sur place des ambulanciers (vers 17 h 21), qui prennent alors le relais. Ils constatent que l'enfant est en arrêt cardiorespiratoire. Il y a absence de respiration et de pouls, et l'analyse initiale du rythme cardiaque indique une asystolie.

De l'oxygène est administré et un support ventilatoire au ballon masque est effectué. Puis l'ambulance repart des lieux vers 17 h 39 et l'enfant est transporté de façon urgente vers le Pavillon Sainte-Marie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec à Trois-Rivières, où la prise en charge se poursuit par l'équipe médicale dès l'arrivée à l'urgence vers 18 h 3.

Toutefois, malgré une intubation endotrachéale, l'administration d'épinéphrine aux trois minutes à 8 reprises, entre autres, et les soins prodigués, on ne parvient pas à réanimer l'enfant et l'échographie à l'urgence démontre une absence d'activité cardiaque du début à la fin de la réanimation. Face à la situation clinique qui perdure, le décès est finalement constaté par le médecin de l'urgence à l'arrêt des manœuvres, à 18 h 43.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été pratiquée le 19 janvier 2021 au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine à Montréal. Celle-ci a permis de constater une cardiomyopathie de type non-compaction des deux ventricules, une cardiomégalie associée, une sténose modérément sévère des artères coronaires sur de la fibrose de l'intima et de la média (soit la couche interne et la couche intermédiaire des artères), une fibrose cicatricielle impliquant 20 % environ du myocarde (muscle cardiaque), une nécrose myocardique ancienne focalement calcifiée, et un status post correction chirurgicale d'une sténose de la valve pulmonaire.

Par ailleurs, il n'y avait pas de dysmorphisme ou de malformation associée, les paramètres de croissance étaient normaux, il y avait absence de signe de traumatisme ou de violence, et les études virologiques et les cultures bactériennes étaient essentiellement négatives.

Une expertise en neuropathologie a aussi été effectuée sur le cerveau. Le rapport de cette expertise conclut qu'il n'a été observé aucune malformation ni aucune lésion ischémique, hémorragique ou inflammatoire.

Le pathologiste ayant pratiqué l'autopsie a offert comme commentaire dans son rapport qu'il est inusité de retrouver une atteinte coronarienne dans les cas de non-compaction ventriculaire. Il recommandait une évaluation en génétique, de même qu'un suivi en cardiologie pour la fratrie. Il ajoutait que l'histoire clinique et la non-compaction ventriculaire évoquaient un décès par arythmie cardiaque.

Des liquides biologiques prélevés lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses n'ont pas permis de mettre en évidence la présence de substances (drogues) dans les milieux biologiques analysés dans les limites des méthodes utilisées. Aucun éthanol sanguin n'a été détecté.

ANALYSE

Le petit [REDACTED] était né à 36 2/7 semaines de grossesse, qui s'était déroulée sans particularité et avec des échographies fœtales normales.

Toutefois, une consultation en cardiologie congénitale a eu lieu alors que [REDACTED] avait 5 jours de vie, en octobre 2019, pour un bilan cardiovasculaire dans le cadre d'un souffle cardiaque entendu en période néonatale. Le rapport de cette consultation au dossier médical du CHUL indiquait la présence d'une sténose valvulaire pulmonaire avec rétrécissement supra-valvulaire pulmonaire à l'échographie, avec une fonction ventriculaire

droite normale et le reste de l'examen normal par ailleurs. De plus, un électrocardiogramme démontrait un rythme sinusal régulier avec signe d'hypertrophie auriculaire droite, mais pas de signe d'hypertrophie ventriculaire et pas de trouble de repolarisation. Il était alors recommandé de le revoir dans un mois.

Toutefois, les parents de [REDACTED] ne se sont pas présentés aux rendez-vous de novembre 2019, puis de décembre 2019. Ainsi, le suivi en cardiologie dans le cadre d'une sténose valvulaire pulmonaire a eu lieu à l'âge de 3 mois, en janvier 2020. L'électrocardiogramme indiquait alors un rythme sinusal régulier avec déviation axiale droite et signe d'hypertrophie ventriculaire droite, sans trouble de repolarisation. Quant à elle, l'échographie cardiaque démontrait une sténose supra-valvulaire pulmonaire modérée à sévère (significative), et des explications ont été données à la mère que [REDACTED] nécessitera une chirurgie cardiaque (semi-urgente) dans les semaines suivantes pour corriger la situation, dès que la pandémie de COVID-19 permettra de reprendre les chirurgies cardiaques semi-urgentes.

Une chirurgie cardiaque a eu lieu le 27 avril 2020 au CHUL, où l'on a pratiqué une plastie (réparation) de la valve pulmonaire, une réparation de l'artère pulmonaire principale, et la fermeture d'une communication interauriculaire (CIA). La chirurgie s'est déroulée sans complication. Le rapport d'examen anatomopathologique concernant le prélèvement effectué durant la chirurgie indiquait une dysplasie de la valve pulmonaire.

Le suivi en cardiologie en mai 2020 mentionnait que l'évolution postopératoire était tout à fait favorable.

Révision du dossier et des constatations de l'autopsie lors d'une rencontre multidisciplinaire du Centre Jeremy Rill entre l'Hôpital de Montréal pour enfants, le CHU Sainte-Justine, le Laboratoire de sciences judiciaire et de médecine légale et le Bureau du coroner

Selon les discussions et la revue de la littérature effectuée, un questionnement clé subsistait au terme de cette rencontre multidisciplinaire : est-ce que la cardiomyopathie de type non-compaction, la fibrose sous-endocardique, les foyers de calcification dans les zones fibreuses et les sténoses des artères coronariennes auraient pu (dû) être vus/détectés lors du suivi en cardiologie et lors du bilan/des investigations entourant la chirurgie cardiaque d'avril 2020 pour réparer une sténose valvulaire pulmonaire ?

Si oui, une prise en charge de ces pathologies sur le plan clinique aurait-elle pu mitiger le risque de survenue d'une mort subite cardiaque chez [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Analyses génétiques

Des consultations en génétique ont eu lieu afin d'évaluer la fratrie et des tests génétiques ont été effectués afin de dépister des variants significatifs pouvant l'affecter. Au moment de conclure le présent rapport, les résultats de ces tests ont été transmis à la famille et leur signification a été expliquée, et un suivi approprié a été assuré.

Recommandation

Il demeure que les anomalies cardiaques constatées à l'autopsie, dont une cardiomyopathie de type non-compaction, sont causales au décès, alors que le petit [REDACTED] était suivi en cardiologie depuis 5 jours après naissance et a subi une chirurgie cardiaque au CHUL.

Lors du suivi longitudinal en cardiologie, d'une part, et lors des bilans et des investigations dans le cadre de la prise en charge entourant la chirurgie cardiaque, d'autre part, aurait-on

pu (dû) détecté les anomalies cardiaques qui n'ont finalement été constatées qu'à l'autopsie ?

Il n'est pas dans le mandat du coroner d'examiner la compétence des personnes impliquées dans les soins d'une personne dans le réseau de la santé – des mécanismes existent à cet effet et des organisations ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres. Le coroner dispose toutefois d'une autorité en vertu de la *Loi sur les coroners* pour formuler une recommandation si jugée nécessaire.

Un retour préalable auprès du CHUL a permis de discuter des enjeux soulevés. Il a été retenu de demander à l'établissement, dont c'est notamment le mandat, de réviser le dossier afin de statuer sur les questionnements soulevés. Ainsi, à la suite de l'étude des causes et des circonstances entourant le décès de [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine sont formulées.

CONCLUSION

Le décès de [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] est attribuable à une cardiomyopathie de type non-compactation.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **CHU de Québec-Université Laval, dont le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)** fait partie, de :

[R-1] Réviser la qualité des soins prodigués à la personne décédée afin de déterminer si, lors des investigations et du suivi longitudinal en cardiologie, d'une part, et lors des bilans et des investigations dans le cadre de la prise en charge entourant la chirurgie cardiaque d'avril, d'autre part, on aurait pu, ou dû, détecter les anomalies cardiaques et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées pour les usagers en pareilles circonstances.

[R-2] Évaluer si une prise en charge clinique spécifique, compte tenu des anomalies cardiaques présentes, aurait pu réduire le risque de mort subite cardiaque et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées pour les usagers en pareilles circonstances.

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 15 novembre 2024.



Dr Martin Clavet, coroner