

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



2024-03982

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.

Dre Mylène Servant

BUREAU DU CORONER	
2024-05-26 Date de l'avis	2024-03982 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
64 ans Âge	Masculin Sexe
Châteauguay Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-05-26 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Hôpital Maisonneuve-Rosemont Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par ses proches, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 8 mai 2024, alors qu'il est en voyage en Guinée Conakry, M. ██████████ présente subitement des symptômes neurologiques, soit une faiblesse de la moitié gauche de son corps, une déviation de la bouche vers la droite, toutes deux précédées d'un trouble du langage, de maux de tête et de vertiges. Il consulte dans une clinique locale et est référé vers un centre spécialisé en neurologie. L'évaluation révèle la présence d'un accident vasculaire cérébral (AVC) significatif de type ischémique, c'est-à-dire par blocage vasculaire. Selon les informations obtenues dans la note médicale de transfert de Guinée et auprès des proches de M. ██████████ il reçoit des antibiotiques pour une raison non précisée et des anticoagulants pendant 8 jours. Son transport aérien vers le Canada est autorisé par l'équipe médicale guinéenne, recommandant une évaluation et une prise en charge par un service de soins neuro-vasculaires à destination. Aucun contact n'a lieu entre les médecins de Guinée et ceux du Québec. M. ██████████ prend un avion commercial et revient au pays le 17 mai 2024. À sa sortie de l'avion, il passe chez lui prendre des affaires personnelles avec ses proches et devant sa limitation fonctionnelle importante, les services ambulanciers sont appelés afin de procéder à son transfert vers l'Hôpital Anna-Laberge du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest.

Il présente toujours une faiblesse au niveau du visage, du côté gauche de son corps et des troubles de langage. Les médicaments antiplaquettaires sont débutés afin de réduire ses chances de récurrence précoce. Devant les séquelles évaluées par l'équipe de professionnels, un séjour en réadaptation est prévu et l'investigation de la cause est répétée pendant son séjour à l'hôpital. Dans les jours qui suivent, la fonction motrice des muscles du tronc s'améliore, mais il se déplace toujours en fauteuil roulant, par ailleurs.

Dans la nuit du 23 au 24 mai 2024, M. ██████████ se plaint de douleur au thorax persistant dans la matinée. Le 24 mai 2024, en après-midi, un examen radiologique rapporte des embolies pulmonaires extensives bilatérales et des foyers de consolidation dans les deux poumons pouvant être des sites d'infarctus pulmonaire ou d'infection. Un traitement anticoagulant est prescrit pour l'embolie pulmonaire et M. ██████████ reçoit une dose rapidement à 15 h, et à

15 h 49, un membre du personnel infirmier visite M. [REDACTED] pour lui faire à nouveau une injection d'anticoagulant. Un proche sur place informe l'infirmier qu'il a déjà reçu une injection il y a peu de temps. L'infirmier le donne malgré tout. La double administration est rapidement constatée. Un rapport de déclaration d'incident ou d'accident est complété et M. [REDACTED] et sa famille sont avisés de la situation.

Pendant la nuit suivante, il est toujours souffrant et difficilement soulagé. Vers 1 h 30, il présente des sécrétions pulmonaires sanglantes, nécessite de l'oxygène et a une basse pression. Le médecin traitant est avisé et des traitements sont débutés. L'évaluation complète ne révèle pas de signes en lien avec une progression de l'embolie pulmonaire, mais plutôt la présence de liquide pleural, c'est-à-dire du liquide entourant les poumons et rendant le travail respiratoire moins efficace. Les résultats de laboratoires démontrent la probabilité d'une infection et pas de saignement majeur pouvant expliquer son état instable. La fonction rénale est atteinte et M. [REDACTED] devient progressivement somnolent. Il est transféré aux soins intensifs vers 3 h 45.

Le liquide autour du poumon droit est retiré en grande quantité, mais M. [REDACTED] demeure instable. L'équipe demande le transfert dans une unité de soins intensifs de niveau tertiaire, mais le médecin receveur considère que M. [REDACTED] est trop instable pour être transporté. Il recommande certains traitements et à la lumière de son évolution, un transfert pourrait avoir lieu. M. [REDACTED] est intubé à 6 h 40 et demeure instable. Des médicaments pour soutenir sa pression sont en cours. À 13 h 30, le transfert est organisé et il est admis aux soins intensifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont le 25 mai 2024 autour de 17 h. Il est toujours instable pendant le transfert en ambulance.

Dans les heures suivant son admission aux soins intensifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'état de M. [REDACTED] se détériore davantage malgré les traitements et interventions. Il fait de l'arythmie, présente une chute de la pression artérielle et nécessite des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire qui s'avèrent inefficaces.

Le décès est constaté par un médecin à 4 h 33, le 26 mai 2024.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] sont bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital Anna-Laberge et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

ANALYSE

M. [REDACTED] était connu pour l'hypertension artérielle et la dyslipidémie traitées par des médicaments. Ces deux maladies constituent des facteurs de risque connus de subir un AVC.

L'épisode initial ayant eu lieu en Guinée, il semble opportun de s'interroger sur la situation du système de santé local. Selon les conseils aux voyageurs en vigueur par le Gouvernement du Canada, l'accès aux soins de santé de bonne qualité est limité. Les établissements de santé sont peu nombreux à Conakry, la capitale de Guinée, et dans le reste du pays.

Un certain délai avant de permettre un transport par avion est, quant à lui, préconisé vu les risques de récurrence ou de complication grave du premier épisode. Il est, en général, d'au moins deux semaines selon l'American Stroke Society (la Société américaine d'AVC), sauf si les soins optimaux ne sont pas accessibles dans le pays où se trouve la personne.

De plus, rester assis pendant de longues périodes en avion augmente le risque de thrombose veineuse, c'est-à-dire la formation d'un caillot sanguin dans la jambe qui peut se détacher et causer une condition mortelle qui s'appelle l'embolie pulmonaire. Les conseils d'usage habituels tels que se mobiliser le plus possible pendant un vol d'avion était impossible à appliquer chez M. [REDACTED] vu sa faiblesse et sa mobilisation limitée au fauteuil roulant découlant de l'AVC. Il avait été traité avec des médicaments prévenant les caillots en Guinée, mais ceux-ci n'ont pas été repris à son arrivée au Québec et pendant son hospitalisation. La prévention des thromboses n'est pas recommandée chez la personne atteinte d'un AVC une fois la phase aiguë passée. Par contre, le risque d'une embolie pulmonaire était élevé dans le contexte de M. [REDACTED] en lien avec son transport en avion de plus de 12 h et sa mobilité réduite.

Par ailleurs, l'erreur d'administration médicamenteuse de l'anticoagulant pourrait avoir contribué partiellement au décès en retardant certaines interventions de stabilisation de son état par crainte de saignement. En effet, à cause de cet incident, le plan initial était d'attendre au lendemain de son admission aux soins intensifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qu'une partie des effets soient renversés avant de procéder à un drainage plus complet ou à une chirurgie afin de retirer le liquide s'étant accumulé à nouveau autour des poumons. Il est probable de que l'issue n'aurait pas été différente, puisque l'infection touchant les deux poumons progressait très rapidement et a causé une défaillance d'autres organes de façon tout aussi fulminante. À ce propos, l'équipe de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Ouest a révisé l'incident en lien avec la double administration de l'anticoagulant et des mesures ont été prises dans ce sens.

L'infection pulmonaire pourrait avoir été causée par une infection de zones en lien avec l'embolie pulmonaire, mais dans le contexte de l'AVC, la cause la plus probable est la pneumonie d'aspiration secondaire à une dysphagie. Le risque de pneumonie est considéré comme étant trois fois plus grand en présence de dysphagie et son incidence est estimée entre 5 et 26 %, selon les critères diagnostiques utilisés. M. [REDACTED] avait d'ailleurs été traité avec des antibiotiques en Guinée, mais il m'a été impossible de savoir pour quel type d'infection précisément. Les estimations publiées de l'incidence de la dysphagie associée à l'AVC fluctuent entre 19 % et 65 % dans la phase aiguë, en fonction du site de la lésion, du temps écoulé et du choix de la technique d'évaluation. La dysphagie est cliniquement importante parce qu'elle est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés, notamment de pneumonie. Il est difficile de déterminer l'extension de l'évaluation de la dysphagie dans la documentation obtenue de l'Hôpital Anna-Laberge. M. [REDACTED] a été vu le 22 mai 2024 par une orthophoniste, soit 14 jours après l'AVC initial et les notes rapportent qu'il est recommandé de suivre M. [REDACTED] en lien avec des exercices de motricité oro-faciale. Il n'a pas été mentionné s'il présentait de la dysphagie et aucun examen complémentaire n'a été demandé.

À la lumière de l'investigation, la cause du décès de M. [REDACTED] est un choc septique secondaire à une infection pulmonaire, étant quant à elle une complication de l'AVC initial. Il s'agit d'un décès de cause naturelle.

Néanmoins, dans le contexte spécifique de M. [REDACTED] n'aurait-il pas dû recevoir une thromboprophylaxie vu son immobilisation récente tant en lien avec l'AVC que le transport en

avion? À ce sujet, je crois opportun que la direction des services professionnels du CISSS révisé la qualité des soins prodigués auprès de M. [REDACTED]. Afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai une recommandation. Par ailleurs, un retour sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] auprès du CISSS de la Montérégie-Ouest, m'a permis de discuter préalablement de la recommandation.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'un choc septique secondaire à une infection pulmonaire et consécutivement à un accident vasculaire cérébral récent et une embolie pulmonaire.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATION

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, duquel relève l'Hôpital Anna-Laberge** de :

[R-1] Réviser la qualité des soins prodigués à la personne décédée, notamment en ce qui a trait la prévention d'événements thrombotiques au cours de l'hospitalisation du 17 au 26 mai 2024 et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriés en vue d'améliorer la qualité de la prise en charges des usagers en pareilles circonstances.

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 Longueuil, ce 8 janvier 2025.



Dre Mylène Servant, coroner