

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-00895

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.

Me Nancy Gilbert

BUREAU DU CORONER		
2024-01-30 Date de l'avis	2024-00895 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
22 mois Âge	Masculin Sexe	
Saint-Georges Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-01-29 Date du décès		
Hôpital de Saint-Georges Lieu du décès	Saint-Georges Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Le petit ██████████ ██████████ est identifié visuellement par sa mère, à son chevet.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le récit des circonstances entourant ce décès est établi à partir du rapport d'enquête de la Sûreté du Québec, division des enquêtes sur les crimes majeurs de Québec, des dossiers médicaux au G.M.F. Clinique familiale St-Georges Beauce (GMF) et à l'Hôpital de Saint-Georges ainsi que mes discussions avec des membres de la famille.

Le 22 janvier 2024 et les jours suivants, le petit ██████████ ne va pas à la garderie en raison d'une fièvre intermittente en dents de scie, aux alentours de 38,4 ° Celsius.

Le 25 janvier 2024, une médecin du GMF lui diagnostique une Influenza probable puisque des cas sont confirmés dans la garderie qu'il fréquente. Outre une toux sifflante secondaire à de la congestion nasale, l'examen physique ne révèle rien d'anormal au niveau du cœur et des poumons.

Dès le 27 janvier 2024, il est plus actif que les jours précédents, mais commence à avoir de la diarrhée, sa respiration est plus bruyante et son appétit diminue en fin de journée.

Le 28 janvier 2024, le petit ██████████ a une toux creuse et les selles liquides persistent. Malgré sa bonne mine dans l'après-midi, son état général ne s'améliore pas alors vers 19 h, sa mère et une membre de la famille, tentent en vain de lui obtenir un rendez-vous au GMF.

Vers 9 h, le 29 janvier 2024, sa mère lui obtient un rendez-vous à 18 h 45, le jour même. Le petit ██████████ a les voies respiratoires encombrées et s'étouffe lorsqu'il tousse. Il dort une partie de la matinée sous la surveillance d'un membre de sa famille, mange très peu le midi et fait une sieste presque tout l'après-midi. Au souper, il ne boit que de la solution de réhydratation pour enfant.

Vers 18 h 40, sa mère le dépose au sol en entrant dans le GMF, mais il est tout mou et est incapable de se tenir debout. Elle le reprend dans ses bras et constate que ses yeux regardent vers le haut, sans se révolter complètement. À 18 h 43, le petit ██████████ voit l'infirmière auxiliaire qui tente infructueusement d'obtenir une saturométrie, malgré plusieurs tentatives.

Vers 18 h 55, la médecin l'examine et constate l'atteinte de l'état général avec une diminution de tonus musculaire, une raideur à la nuque ainsi que la présence de signes de détresse respiratoire et de déshydratation. Elle réfère le petit [REDACTED] à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges, mentionnant qu'elle avisera le médecin de l'urgence de son arrivée.

À 19 h 24, le petit [REDACTED] installé dans sa poussette, se présente avec sa mère à l'accueil de l'urgence. Il n'est pas attendu et doit patienter dans la salle d'attente. À 19 h 34, sa mère et lui vont s'enquérir, au poste d'accueil, si le GMF a pu être joint. Ils y retournent à 19 h 45 et on leur confirme la réception du document transmis par le GMF et leur demande d'attendre l'évaluation au triage. À 19 h 53, la mère du petit [REDACTED] qui le tient alors dans ses bras constate qu'il ne respire plus ; elle court au poste d'accueil et le petit [REDACTED] est pris en charge par le personnel médical et amené en salle de réanimation. Des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire sont débutées et le protocole de réanimation s'effectue en collaboration, à distance, avec une intensiviste pédiatrique du Centre hospitalier de l'Université Laval.

Considérant le pronostic médical, les manœuvres de réanimation cessent à 21 h 43 et le décès du petit [REDACTED] est constaté par une médecin, à l'urgence.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie est effectuée le 2 février 2024 au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à Montréal et permet de constater la présence d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur évoquant une non-compactation de ce ventricule, avec une fibroélastose associée ainsi qu'une bronchopneumonie aiguë, extensive et multilobaire. Les cultures pulmonaires sont positives pour la bactérie *Haemophilus influenzae*. Par ailleurs, le pathologiste ne trouve aucune lésion traumatique pouvant expliquer le décès ou y ayant contribué.

Un examen de l'encéphale a été effectué et aucune lésion cérébrale n'a été observée.

De plus, des analyses en génétique chromosomique réalisées par un laboratoire finlandais en collaboration avec le Centre hospitalier de l'Université Laval du CHU de Québec-Université Laval révèlent la présence d'une mutation du gène Taffazine.

Des liquides biologiques prélevés à la suite de la réanimation à l'Hôpital de Saint-Georges et lors de l'autopsie ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'éthanol (l'alcool) sanguin n'est pas détecté. Ces analyses démontrent la présence dans le sang d'une concentration thérapeutique d'un médicament donné pendant la réanimation ainsi qu'un médicament en vente libre, non contributif au décès. Les concentrations de glucose oculaire et de corps cétoniques dans le sang ne sont pas significatives. Aucune substance contributive au décès n'est détectée.

ANALYSE

L'enquête policière et l'ensemble de l'investigation écartent l'intervention d'un tiers dans le présent décès.

Selon ses dossiers médicaux à l'Hôpital de Saint-Georges, au G.M.F. Clinique familiale St-Georges Beauce (GMF) et au Centre hospitalier de l'Université Laval, le petit [REDACTED] n'a aucun antécédent médical connu et ses vaccins sont à jour.

L'investigation révèle que le GMF est doté d'un logiciel qui analyse la raison de consultation d'un patient pour l'orienter vers le bon service de santé, selon les réponses fournies lors de

la prise d'appel. La médecin responsable du GMF précise qu'il est « prudent » dans ses analyses, dans un souci de protection. Elle m'informe qu'à la prise de rendez-vous, le matin du 29 janvier 2024, le logiciel recommande initialement une consultation à l'urgence d'un hôpital pour le petit [REDACTED]. La mère du petit [REDACTED] fournit des précisions à la réceptionniste qui modifie ensuite la réponse donnée à la question concernant la présence de difficulté respiratoire dans le système et obtient finalement un rendez-vous au GMF, comme elle le souhaite, afin d'éviter une exposition à un milieu achalandé et propice aux virus.

Aussi, rien ne laisse présager une détérioration de l'état du petit [REDACTED] lorsqu'il quitte son domicile pour se rendre au GMF. De même, lorsqu'elle quitte le GMF en direction de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges à la demande de la médecin, la mère du petit [REDACTED] ignore que sa condition médicale est instable, bien qu'elle ne l'ait jamais vu dans un tel état.

D'après les notes de la consultation du 29 janvier 2024, au GMF, la température tympanique du petit [REDACTED] est de 38,4 ° Celsius, il respire à une fréquence de 60 respirations par minute avec un tirage sous sternal, grunting (geignements expiratoires), ses lèvres sont bleutées et le remplissage capillaire est plus de 3 secondes, mais il n'a pas de pli cutané ni pétéchies. Une mention au dossier réfère à un plan discuté avec un médecin de l'urgence afin de prioriser vu notamment l'atteinte de l'état général et les signes de détresse respiratoire. Des précisions obtenues de la médecin révèlent qu'elle communique avec l'Hôpital de Saint-Georges vers 19 h 5 et s'entretient avec le médecin de garde à l'urgence majeure, vers 19 h 10 et lui résume son évaluation clinique du petit [REDACTED]. Ce dernier lui répond qu'il va l'évaluer à l'urgence majeure. Ensuite, elle remplit le formulaire habituel lorsqu'un patient est référé à l'urgence, sur lequel elle énumère les renseignements cliniques au soutien de sa demande, entre autres, la température depuis huit jours avec atteinte de l'état général, la diminution de tonus et les signes de déshydratation et de détresse respiratoire et elle le remet à sa secrétaire vers 19 h 20, mais des problèmes avec le système informatique retardent sa transmission par télécopieur à l'urgence majeure de l'Hôpital de Saint-Georges, à 19 h 36. Aucune autre communication avec l'Hôpital de Saint-Georges n'est mentionnée au dossier.

Considérant la communication directe avec le médecin de l'urgence majeure afin que le petit [REDACTED] soit vu de façon prioritaire, je m'explique difficilement la raison pour laquelle la médecin demande à la mère du petit [REDACTED] de se rendre en voiture, à l'hôpital, alors qu'un transport par ambulance aurait permis de lui fournir les soins nécessaires afin de prévenir une détérioration de son état, en plus d'assurer sa surveillance jusqu'à sa prise en charge par le personnel médical de l'urgence, lui assurant ainsi un continuum de soins.

À ce sujet, des observations obtenues de la médecin démontrent qu'elle a privilégié le moyen de transport le plus rapide et favorable pour que le petit [REDACTED] reçoive le traitement requis pour sa condition et qu'une ambulance n'était d'aucune utilité, car ce traitement s'administre seulement en milieu hospitalier. Elle ajoute que les dix minutes de transport en voiture pour se rendre à l'hôpital sont plus rapides que les délais incertains pour avoir une ambulance à cette période de l'année.

De son côté, le médecin de l'urgence note les informations reçues concernant le petit [REDACTED] sur une feuille qu'il remet à un membre du personnel lui demandant d'aller la remettre à l'infirmière, au triage. Toutefois, cette personne aurait été sollicitée pour d'autres tâches et n'est pas allée remettre la feuille à l'infirmière responsable du triage. Bien que des informations additionnelles m'auraient permis de poser un regard éclairé sur le contexte, ce médecin n'a pas donné suite à la demande de précisions que je lui ai acheminée à cet effet.

Essentiellement, lorsque le petit [REDACTED] arrive à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges à 19 h 24, l'infirmière du triage devrait, en principe, avoir en main la note du médecin de l'urgence majeure, puisqu'un délai de 14 minutes s'est écoulé depuis l'appel de la médecin du GMF. Pourtant, ce n'est pas le cas. Force est de constater qu'à 19 h 34, la situation demeure inchangée et cela fait maintenant dix minutes que le petit [REDACTED] patiente et n'a pas encore eu d'évaluation au triage. En outre, un total de vingt-quatre minutes se sont écoulées depuis que le médecin de l'urgence majeure est informé de la venue du petit [REDACTED] et que l'infirmière au triage devrait l'être également. Au surplus, à 19 h 45, lorsque la mère du petit [REDACTED] retourne une fois de plus à l'accueil de l'urgence, comment se fait-il qu'il ne soit pas évalué sur le champ alors que cela fait près de neuf minutes que la feuille du GMF pour la référence du petit [REDACTED] est dans le télécopieur de l'urgence majeure ?

Plusieurs facteurs dont les communications déficientes ainsi que l'absence d'évaluation et de prise en charge rapide à l'urgence peuvent avoir eu une incidence importante sur le décès du petit [REDACTED]

Il faut noter que les médecins pratiquant au GMF font partie du Département régional de médecine générale (DRMG) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Les responsabilités de ce département sont énoncées à sa loi constitutive¹. Entre autres, le DRMG est responsable de définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux. Ce dernier a mis en place des Tables médicales territoriales, dont la Table territoriale du réseau local de Beauce-Etchemins (TTBE), qui se veut un lieu d'échange entre le DRMG, les groupes de médecines de famille (GMF) et les différents services de médecine générale en établissement². Les discussions des membres portent, entre autres, sur le partage d'informations et d'outils sur les différentes trajectoires de soins pour aider les médecins dans leur travail.

Je retiens de mon entretien avec la cheffe du DRMG et Secteur Beauce que les résumés des rencontres sont transmis aux médecins du GMF. En particulier, un courriel du 10 janvier 2024 résumant les informations importantes discutées à la TTBE précise notamment que lorsqu'un patient est dirigé à l'urgence, le médecin doit absolument appeler à l'urgence mineure pour les aviser. Le caractère gras est utilisé pour attirer l'attention sur ce point. Il est à noter que les deux numéros de poste pour joindre l'urgence mineure sont inscrits en caractère gras dans la note de la ligne du dessus, dans le courriel et que la médecin consultée par le petit [REDACTED] le 29 janvier 2024, est l'une des destinataires de ce courriel.

Il est indéniable que les lacunes entourant les communications ont produit un effet domino sur le cours des événements et l'absence de prise en charge rapide du petit [REDACTED]. Cela dit, ces dernières n'expliquent pas l'absence d'évaluation après plus de 30 minutes d'attente alors que l'infirmière responsable du triage devrait être en mesure de prendre contact avec un patient dans un délai maximal de dix minutes suivant son arrivée à l'urgence, selon les lignes directrices conjointes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec³. Puisqu'aucune priorité ne lui a été attribuée, aucun traitement n'a été initié pour le petit [REDACTED].

Considérant que le pathologiste précise dans son rapport que la bronchopneumonie aiguë, extensive et multilobaire explique vraisemblablement le décès du petit [REDACTED] malgré l'absence de croissance de la bactérie *Haemophilus influenzae* dans les cultures autres que pulmonaires, une évaluation complète de sa condition clinique au triage aurait probablement permis de déceler l'instabilité de son état, d'accélérer sa prise en charge par le médecin de l'urgence et d'initier le traitement approprié, ce qui lui aurait peut-être sauvé la vie.

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 417.2)

² Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) 2023-2028, 21 juin 2023, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

³ Triage à l'urgence : lignes directrices, OIIQ et CMQ, 2^e édition, 2019

De surcroît, le rapport du généticien précise que la mutation génétique présente chez le petit [REDACTED] explique les anomalies cardiaques observées et caractéristiques du syndrome de Barth. Soulignons que ce syndrome est associé à une neutropénie (carence de globules blancs de type neutrophiles), ce qui augmente le risque d'infection sévère, incluant les pneumonies et les septicémies. De ce fait, cette maladie est également contributive de la détérioration rapide de l'état de santé du petit [REDACTED]. Dans les circonstances, et dans un souci de prévention, des discussions ont eu lieu avec les membres de la famille relativement à un dépistage génétique.

Dans le cadre de mon investigation, je me suis entretenue avec une conseillère à la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire de soins et services du CISSS de Chaudière-Appalaches relativement aux lacunes entourant la prise en charge du petit [REDACTED] à son arrivée à l'Hôpital de Saint-Georges. Cette dernière m'informe qu'une analyse des événements a mené à la formulation des quatre recommandations suivantes :

- Respecter la trajectoire établie de transfert d'information entre les cliniques médicales et l'urgence.
- S'assurer d'une communication efficace et fluide entre le personnel de l'urgence et la salle de triage.
- S'assurer que les gens arrivant sur pied à l'urgence soient vus par du personnel clinique et non administratif.
- Mettre en place le processus d'évaluation brève (prétriage) lorsque le délai d'évaluation complète d'une infirmière va au-delà de dix minutes.

Je souscris entièrement à ces recommandations et considère qu'elles contribueront à améliorer l'évaluation des personnes se présentant à l'urgence de cet hôpital.

Mesures correctives mises en place depuis le décès

À la suite des discussions que j'ai eues avec une conseillère de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, les mesures correctrices suivantes ont été mises en place et il n'y a donc pas lieu de faire des recommandations à son égard :

- Rappel concernant le respect de la trajectoire établie de transfert d'information entre les cliniques médicales et l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges fait à la Table territoriale du réseau local de Beauce-Etchemins (TTBE), le 19 février 2024.
- Élaboration d'une trajectoire sous forme d'algorithme.
- Utilisation des outils de transfert d'information de l'utilisateur attendu en conformité avec l'outil clinique SPER (Situation, Passé, Évaluation, Recommandations), portant sur la transmission de l'information aux points de transition des soins et services et en utilisant la technique de la boucle de communication (Note de service).
- Relocalisation du poste d'agente administrative de l'urgence mineure (en cours d'actualisation).
- Aire de prétriage disponible pour l'infirmière.
- Support de la conseillère pour assurer la mise en place du prétriage et les rôles de l'infirmière de prétriage et de l'agente administrative.
- Élaboration d'outils d'aide-mémoire.
- Quatre séances d'information dispensées sur le prétriage dont trois en présentiel et une par l'intermédiaire d'un outil technologique.
- Présence sur les lieux de la conseillère en soins pour consolider et mettre en place le prétriage.

Également, j'ai eu l'opportunité de m'entretenir avec la médecin responsable du GMF et obtenu la confirmation indiquant que le courriel résumant les principaux éléments discutés

lors de la TTBE du 19 février 2024, particulièrement le rappel du respect de la trajectoire lors de la référence d'un patient à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges, a été transmis à tous les médecins du GMF.

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 compétence pour juger de la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat, notamment, le Collège des médecins du Québec (CMQ).

Malgré la mise en place de ces mesures et pour une meilleure protection de la vie humaine, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation additionnelle concernant la révision de la qualité de la prise en charge et du suivi médical au petit [REDACTED] le 29 janvier 2024, au G. M. F. Clinique familiale St-Georges Beauce, dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec le CMQ.

Par ailleurs, le rapport est acheminé au CMQ à des fins de sensibilisation et de prévention.

CONCLUSION

Le petit [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une bronchopneumonie aiguë, extensive et multilobaire dans le contexte d'une infection à *Haemophilus influenzae* et d'un syndrome de Barth, une maladie génétique rare.

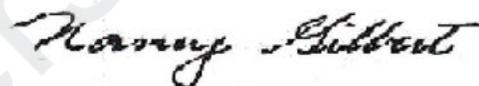
Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATION

Je recommande au **Collège des médecins du Québec** de :

[R-1] Réviser la qualité de la prise en charge et du suivi médical à la clinique de médecine familiale, le 29 janvier 2024, à la personne décédée et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients 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 7 février 2025.



Me Nancy Gilbert, coroner