

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

2023-04779

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.

Dr André-H. Dandavino

BUREAU DU CORONER		2023-04779
2023-06-28		Nº de dossier
Date de l'avis		
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance	[REDACTED]	
26 jours	Nom à la naissance	
Âge	Masculin	
McMasterville	Sexe	
Municipalité de résidence	Québec	Canada
	Province	Pays
DÉCÈS		
2023-06-28	Saint-Jean-sur-Richelieu	
Date du décès	Municipalité du décès	
Hôpital du Haut-Richelieu		
Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Bébé [REDACTED] est identifié de façon visuelle devant moi par les parents le 28 juin 2023 vers 22 h 20 à l'Hôpital du Haut-Richelieu.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 28 juin 2023 vers 15 h 30, la famille de Bébé [REDACTED] se présente à une clinique dentaire à Saint-Jean-sur-Richelieu et assiste à une rencontre informative concernant la procédure de frénotomie du frein lingual et du frein labial et signe le consentement pour la procédure. La frénotomie est une intervention chirurgicale bénigne, qui vise à supprimer certains freins buccaux problématiques. Le frein désigne un petit pli de tissu conjonctif présent dans la bouche, qui peut se trouver sous la langue (frein lingual) ou entre les lèvres et la gencive (frein labial). La dentiste fait les vérifications d'usage avant la chirurgie (physique au niveau de la bouche, du cou et au niveau de la santé en général). Bébé [REDACTED] est allaité à la clinique dentaire vers 16 h 30.

Peu avant 17 h, Bébé [REDACTED] est installé pour la procédure, d'abord pour le frein labial et en second pour le frein lingual. Le père est assis sur une chaise de dentiste penchée en position couchée et il tient Bébé [REDACTED], le dos étant appuyé sur sa poitrine. Bébé [REDACTED] est enveloppé dans une couverture en mousseline. Une consultante en allaitement tient la tête de Bébé [REDACTED] pendant la procédure. De plus, il y a présence de la mère, de la dentiste et de l'assistante dentaire.

Selon la dentiste, la procédure au laser se déroule sans incident, en débutant par le frein de la lèvre supérieure (labial) suivie par celle du frein de la langue (lingual). Pour la procédure, une pompe à salive est utilisée pour aspirer le surplus d'eau. Jamais Bébé [REDACTED] n'a démontré de signe d'étouffement ni de signe de détresse au niveau des yeux. Pendant la procédure et par la suite, Bébé [REDACTED] a des pleurs normaux.

À la fin de la procédure, la dentiste et l'assistante quittent la pièce.

Rapidement après que Bébé [REDACTED] soit remis dans les bras de sa mère, il présente des difficultés respiratoires avec des bruits de respiration anormaux et il devient léthargique.

L'assistante dentaire entend la consultante en allaitement appeler la dentiste et la mère crier : *c'est pas normal*. L'assistante dentaire se rend à la salle d'intervention et constate que Bébé [REDACTED] est inerte et le haut de la tête est bleuté.

Rappelée dans la salle par son personnel, la dentiste constate que bébé [REDACTED] est très pâle et il est difficile de voir s'il respire. Bébé [REDACTED] est libéré de ses vêtements par la dentiste et il présente une respiration lente et irrégulière et il bouge légèrement les jambes. Bébé [REDACTED] cesse de respirer. La dentiste vérifie que rien n'obstrue la bouche de Bébé [REDACTED].

La dentiste demande de lancer le protocole d'urgence de la clinique. Au même moment vers 16 h 58, le service 911 est appelé. La dentiste tape le dos de Bébé [REDACTED] à deux reprises et les compressions thoraciques sont faites.

La dentiste entreprend des manœuvres de réanimation selon les directives de la préposée du service 911. Bébé [REDACTED] est déposé au sol par la dentiste et la coloration du bébé n'est plus bleutée, mais il demeure pâle. La tête de Bébé [REDACTED] est renversée vers l'arrière et deux insufflations suivies de 30 compressions sont effectuées. De l'eau sort de la bouche et un peu de liquide sanguinolent sort du nez de Bébé [REDACTED].

Les policiers arrivés sur lieux poursuivent les manœuvres de réanimation et leur moniteur suggère un massage sans choc. Lorsque les ambulanciers arrivent sur les lieux à 17 h 02 Bébé [REDACTED] est cyanosé et le corps est mou. Ils poursuivent les manœuvres de réanimation et de succion de liquide sanguinolent au niveau de la bouche de Bébé [REDACTED]. Selon les ambulanciers Bébé [REDACTED] vomit de l'eau. Le bébé n'a pas de pouls et le choc est déconseillé par le moniteur. Lors des manœuvres il y a retour de pouls vers 17 h 05, et la fréquence cardiaque est à plus de 100/minut et Bébé [REDACTED] pleure.

Lors de la ventilation, le thorax se soulève, Bébé [REDACTED] respire par lui-même à 30 respirations par minute, la saturation en oxygène est à 100 % sous oxygène et la coloration de la peau est rosée. Selon l'enregistrement des ambulanciers Bébé [REDACTED] respire bien par lui-même et a une bonne fréquence cardiaque. La décision est prise d'un transport à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Bébé [REDACTED] pleure continuellement et le pouls est à plus de 100 battements par minute (normal 100 à 160).

Les ambulanciers quittent le cabinet de la dentiste à 17 h 18, soit 7 minutes après avoir mentionné que le bébé respire bien et a une bonne fréquence cardiaque et à 14 minutes 55 secondes de l'enregistrement du moniteur cardiaque, soit depuis leur arrivée à l'édifice de la dentiste. On note que le bébé est alerte et il respire avec un pouls à 180 battements par minute. Peu après on note que le pouls est à 176 battements par minute et la saturation en oxygène est à 86 %, selon le saturomètre régulier qui est au niveau du pied. Il n'y a pas de saturomètre pédiatrique disponible.

Les ambulanciers arrivent à l'Hôpital du Haut-Richelieu à 17 h 21. Bébé [REDACTED] respire spontanément, mais présente une apparence marbrée de la peau avec un tirage thoracique et une saturation en oxygène à 96 %.

Il y a présence de sang au niveau des voies respiratoires. La fréquence cardiaque est à 186 battements par minute avec une saturation en oxygène à 100 % avec supplémentation en oxygène. Bébé [REDACTED] est placé sur l'appareil de réanimation du nouveau-né (Néopuff) (utilisé pour soutenir la respiration des nouveau-nés et nourrissons en détresse respiratoire. Cet appareil semi-automatique fournit une ventilation contrôlée en délivrant une pression inspiratoire positive (PIP) et une pression expiratoire positive (PEP) précises et constantes),

avec une saturation en oxygène à 97 % et une PEP à 5 cmH₂O. Un PEP à 5 cmH₂O est recommandé pour empêcher l'effondrement des poumons et maintenir un retour veineux. Un réglage de la ventilation mécanique à 5 cmH₂O permet de maintenir une pression constante dans les voies aériennes à la fin de l'expiration afin d'éviter le collapsus alvéolaire, améliore l'oxygénation et peut réduire l'effort respiratoire. La tension artérielle systolique est à 130 mm Hg, la fréquence respiratoire à 50 par minute, le pouls est à 180 battements par minute, la température corporelle est à 36,5 degrés Celsius et la glycémie est à 8 mmol/L. La peau est marbrée et on note que le thorax est partiellement enfoncé. Le médecin leader est assisté de deux autres médecins d'urgence et de deux pédiatres. Le COOLSI (Centre d'optimisation - Occupation des lits de soins intégrés du Québec) est rapidement contacté en prévision d'un transfert à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal puisque Bébé [REDACTED] nécessite une importante et constante assistante respiratoire. Une radiographie pulmonaire démontre des signes d'hémorragie pulmonaire bilatérale.

Même s'il n'y a plus de place disponible à l'Hôpital Sainte-Justine, le médecin reçoit tout de même l'assistance de l'intensiviste de Sainte-Justine. Après explication de la situation et visualisation de la radiographie pulmonaire, celui-ci confirme, non seulement la nécessité d'un transfert dans un centre tertiaire, mais aussi la nécessité de procéder à une intubation endotrachéale pour assurer la sécurité des voies respiratoires pendant le transfert. Étant donné qu'il n'y a pas de place également disponible à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le COOLSI communique avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) afin d'y organiser le transfert.

Approximativement une heure après l'arrivée de Bébé [REDACTED] à l'urgence, les besoins en oxygène augmentent graduellement malgré le constant support ventilatoire en pression positive.

L'équipe médicale entre en communication avec l'intensiviste pédiatrique du CHUS par vidéoconférence (par téléphone cellulaire). Ce dernier confirme à nouveau la nécessité de procéder à une intubation avant de transférer Bébé [REDACTED] à Sherbrooke. L'anesthésiste est appelé puisqu'on juge qu'il sera la meilleure personne pour cette technique difficile et on fait préparer les médicaments suivants avec l'accord de l'intensiviste : atropine, kétamine, fentanyl et rocuronium.

Une quantité peu abondante de sang est aspirée par l'halothérapeute et la saturation diminue à 86 % après la succion. Bébé [REDACTED] est ventilé au masque, mais la ventilation est plus difficile du côté gauche. Bébé [REDACTED] est pré-oxygéné adéquatement durant cinq minutes (en pression positive). L'anesthésiste est au chevet à 18 h 14 et Bébé [REDACTED] reçoit la médication de 18 h 19 à 18 h 21. Une première tentative d'intubation faite par l'anesthésiste à 18 h 22 par laryngoscope est difficile dû à la présence de sang, suivie par une désaturation graduelle jusqu'à 0 % et un arrêt cardiorespiratoire. Lors de la deuxième tentative d'intubation à l'aide du vidéolaryngoscope (Glydescope), l'anesthésiste ne voit rien et l'intubation est un échec. Malgré la succion et le changement de position, une troisième tentative d'intubation avec une lame Miller est un échec. Il fait appeler un deuxième anesthésiste pour du support. La saturation qui a chuté lors de l'arrêt cardio-respiratoire augmente à 80 % avec la ventilation. L'anesthésiste procède alors à une quatrième tentative et l'intubation est réussie.

Dans aucune note, on ne décrit une source de saignement provenant de la bouche qui aurait pu être contrôlée. Un protocole de réanimation néonatal est débuté avec retour de pouls.

Trois à quatre minutes plus tard, un second arrêt cardiaque survient. Depuis l'arrêt cardio-respiratoire, Bébé [REDACTED] est massé, ventilé et il reçoit de l'épinéphrine aux cinq minutes. Il n'y

a pas de retour de pouls durant les 40 à 45 minutes de réanimation avec présence de sang dans les voies respiratoires notée durant la procédure d'intubation. Une radiographie pulmonaire faite à 17 h 45 montre des infiltrations pulmonaires bilatérales. Il n'y a pas d'épanchement pleural ni de pneumothorax.

Des bicarbonates sont administrés à 19 h 06, un culot de sang de 40 mL est administré à 19 h 10, ainsi que du gluconate de calcium à 19 h 20. À 19 h 15, devant l'absence de réponse aux manœuvres de réanimation, les pressions de ventilation sont augmentées afin de compenser pour le sang qui obstrue probablement les voies respiratoires.

Vers 19 h 20, on note de l'emphysème sous-cutané et un pneumothorax bilatéralement qui sont ponctionnées à l'aiguille à 19 h 22. Les manœuvres sont cessées à 19 h 37 devant l'absence de signe de vie et le décès est constaté par le médecin de garde, après discussion avec l'intensiviste pédiatrique. La température corporelle est à 36,3 degrés Celsius.

Les manœuvres de réanimation sont faites en présence de trois médecins urgentologues, d'un anesthésiste, de deux pédiatres, d'un inhalothérapeute et par vidéoconférence avec un intensiviste pédiatrique du CHUS.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe fait par moi-même le 28 juin 2023 à 21 h 40 à l'Hôpital du Haut-Richelieu montre un bébé avec les pupilles égales. La coloration de la peau et le poids sont normaux. Le tube d'intubation est en place de même qu'un soluté de transfusion sanguine au membre supérieur droit, un soluté au niveau du membre supérieur gauche et deux tubes de drainage thoracique. Les lividités disparaissent à la pression et il y a absence de rigidité. Il y a absence de signe de violence sur le corps. Aucune lésion contributive au décès n'est observée.

Une autopsie est faite le 3 juillet 2023 au Centre universitaire de santé McGill. Dans son rapport, le pathologiste constate un bébé bien nourri, sans dysmorphisme ni de malformation. La radiographie pulmonaire montre la présence d'air inhabituel dans la région du cou, la région thoracique et intravasculaire. Il y a distension aérienne des intestins.

Un médecin consultant, oto-rhino-laryngologue, procède à un examen de la bouche, à une endoscopie haute et à une bronchoscopie. Les sites chirurgicaux sont normaux et ne présentent pas de signe d'hémorragie. On note une contusion et un hématome des cordes vocales possiblement en lien avec l'intubation et il n'y a pas d'anomalies des voies respiratoires. Il y a absence d'épanchement thoracique et les poumons sont très congestifs. Il n'y a pas d'inflammation du larynx à l'histologie, ni de vasculite. On note des membranes hyalines dans les alvéoles et un dommage alvéolaire diffus. On note un syndrome de détresse respiratoire aigu. (Le poids des poumons est au 95^e percentile). On note une coagulopathie et des hémorragies dans les organes.

On note une hémorragie subépicardique dans le ventricule gauche. Au niveau des reins, il y a une hémorragie interstitielle aiguë qui démontre une blessure tubulaire aiguë. Il y a une hémorragie testiculaire interstitielle, terminale/agonale. Il y a présence de pétéchies intrathoraciques.

À l'histologie on note une hémorragie sévère au niveau pulmonaire. La microbiologie est négative et la série squelettique est non contributoire. Aucune autre lésion contributive au décès n'est observée.

Des analyses toxicologiques sont pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'alcoolémie est non détectée. La présence de kétamine utilisée lors des manœuvres de réanimation est détectée au niveau sanguin. Aucune autre substance n'est détectée.

Le test de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) est négatif.

ANALYSE

Bébé [REDACTED], âgé de 26 jours, pèse 4542 grammes, mesure 54,2 cm et habite avec ses parents à McMasterville. Il est né à 41 semaines et 1 jour, d'un accouchement vaginal non compliqué avec un Apgar à 9-9-9 et un poids de 3200 grammes. Il a reçu de la vitamine K à la naissance. L'hémoglobine est à 153 g/L (normal 145-224). Il est le deuxième enfant de la famille et les parents consultent parce que la mère constate qu'il ne tète pas comme le premier enfant, ne prend que le bout du mamelon et ne draine pas les seins. Il est exclusivement nourri au sein. La mère a une bonne expérience de l'allaitement de son premier enfant et selon elle, Bébé [REDACTED] présente des difficultés à l'allaitement.

Pendant ses premiers jours de vie, un bébé né à terme a tendance à perdre de 5 % à 8 % du poids qu'il avait à la naissance. Il reprend son poids de naissance dans les 10 à 14 jours suivants. Par la suite, le bébé prend de 20 à 30 grammes par jour jusqu'à l'âge de 3 mois. Ainsi, à 26 jours de vie, le poids de Bébé [REDACTED] est adéquat.

Plus récemment (mars 2025) la Canadian Academy of Pediatric Dentistry (CAPD/ACDP) a publié une prise de position confirmant qu'un frein lingual restrictif peut rendre l'allaitement difficile, et que la libération chirurgicale (frénotomie) « peut améliorer l'allaitement et réduire la douleur maternelle », mais uniquement après une évaluation complète et dans un contexte multidisciplinaire (consultantes en lactation, pédiatres, dentistes)¹.

Le frein labial restrictif est une fine bande de tissu non musculaire qui se situe dans la bouche qui relie la lèvre supérieure à la gencive. S'il est trop court ou tendu il peut limiter le mouvement de la lèvre et causer des problèmes comme des difficultés d'allaitement, l'apparition d'un espacement entre les dents de devant (diastème) ou des problèmes d'hygiène bucco-dentaire plus tard. Une intervention chirurgicale appelée frénotomie peut être nécessaire pour corriger le problème. À plus long terme, cela peut occasionner des troubles de langage.

Un frein lingual est une fine bande de tissu qui relie la partie inférieure de la langue au plancher de la bouche. Une anomalie congénitale appelée ankyloglossie se produit lorsque ce frein est trop court, trop fibreux ou restrictif, limitant ainsi le mouvement de la langue. Ce problème peut entraîner des difficultés d'allaitement chez les nouveau-nés, comme une prise de poids insuffisante.

Selon l'examen de Bébé [REDACTED] fait par la dentiste, les classes de frein sont labial III (I-IV) et lingual I (I-IV).

Le 28 juin 2023, Bébé [REDACTED] subit une procédure pour le frein labial et lingual par la dentiste qui a de l'expérience pour effectuer cette intervention. La procédure consiste en l'utilisation du laser et dure seulement quelques minutes.

¹ CAPD/ACDP-Position statement: Ankyloglossia and Breastfeeding.

Dans le cas de Bébé [REDACTED], la procédure avant l'intervention est de le déposer sur le comptoir et de regarder les interactions, l'asymétrie faciale, la réponse à la voix et sa condition de santé.

La vérification de la lèvre supérieure par la dentiste montre une gencive blanchie avec une bonne restriction. Un examen fait avec le doigt montre un palais qui est relativement normal. La vérification de la tête montre que bébé [REDACTED] semble faire un mouvement à l'envers. La dentiste vérifie si l'enfant a un réflexe nauséux. Un deuxième examen est fait sous la langue et la dentiste constate qu'il a un frein lingual, ce qui est selon elle une indication d'une frénotomie. Elle consulte ensuite les parents, vérifie s'ils ont des questions et demande s'ils veulent que l'intervention soit faite le jour même.

Pendant que la dentiste se gante, il est convenu que c'est le père qui va tenir Bébé [REDACTED] dans ses bras. Le fonctionnement du laser est vérifié. Bébé [REDACTED] est emmailloté, il est remis au père et la chaise est penchée en position couchée.

L'assistante dentaire dont le rôle est d'aspirer l'eau est placée d'un côté de la chaise avec la pompe à salive et la mère est placée à côté de la dentiste, intéressée à voir la procédure. Aucune anesthésie locale n'est utilisée pour la procédure.

La dentiste commence toujours avec le frein du haut soit le frein labial qui est classé III selon l'examen. Pour cette partie de la procédure qui dure environ 20 secondes, la pompe à succion est très près du laser.

On passe au niveau de la lèvre inférieure pour le frein lingual qui est classé I. Pour la procédure linguale, la dentiste soulève la langue, actionne la pédale qui active le laser et l'eau pour dégager le frein et dès que la dentiste retire le laser de la bouche l'assistante dentaire fait la succion de l'eau. Cette procédure se fait en alternance, car l'ouverture de la bouche n'est pas grande.

En lâchant la pédale, il n'y a plus d'eau et le laser s'arrête. Après environ 30 secondes, soit vers la mi-chemin de l'intervention, le laser est arrêté pour vérifier l'extension de la langue. Bébé [REDACTED] pleure un peu lors de la procédure du frein labial et pleure un peu plus fort pour le frein lingual. Bébé [REDACTED] n'a pas de comportement inhabituel ou anormal. La bouche est ouverte et montrée aux parents.

La frénotomie s'est déroulée normalement, sans incident selon la dentiste. Bébé [REDACTED] pleure et est laissé aux parents.

La réaction de Bébé [REDACTED] à ce moment ne peut être précisée par l'assistante dentaire à la fin de la procédure, mais rien de particulier ou d'anormal n'est remarqué par celle-ci ni par la consultante en allaitement qui prend la relève.

Selon les parents, l'eau utilisée durant la procédure n'a pas été aspirée après la deuxième intervention au niveau du frein lingual. Selon la mère, Bébé [REDACTED] pleure et lorsqu'il lui est remis dans ses bras immédiatement après la procédure, elle constate qu'il respire difficilement, qu'il n'a pas de tonus et que sa peau est bleutée.

Selon le père, lors de la deuxième intervention au laser, il mentionne que l'assistante dentaire a déjà retiré l'appareil servant à succionner et que l'eau n'est pas succionnée. Bébé [REDACTED] est transféré rapidement à la mère, il respire anormalement et la peau devient cyanosée.

Selon les commentaires faits à la suite de l'autopsie on note qu'il n'y a pas de cause anatomique identifiée pour expliquer l'arrêt cardiorespiratoire initial. Les sites de procédures au niveau de la lèvre et de la langue ne montrent pas d'évidence d'hémorragie ni de blessure. L'examen endoscopique ne révèle pas de site de saignement ni de blessure dans la bouche, dans le larynx ou la trachée. Les lésions notées au niveau des poumons (hémorragie aiguë et diffuse avec dommage alvéolaire) peuvent être vues comme une manifestation non spécifique d'une agonie ischémique prolongée/d'une phase hypoxique et d'un choc dans le contexte d'une réanimation prolongée.

Étant donné les relations directes entre la condition respiratoire et les procédures chirurgicales, on ne peut exclure de lien possible de cause à effet dont un laryngospasme sévère suite à de l'absorption d'eau lors de la procédure. Des laryngospasmes peuvent se produire dans plusieurs situations, mais ne durent généralement pas longtemps quand il y a aspiration d'eau même en petite quantité.

Les sites chirurgicaux sont normaux. Il y a présence de sécrétions et de sang plus loin dans la trachée distale et dans les bronches semblant venir des poumons. Il y a contusion et hématome au niveau des cordes vocales. Il n'y a pas d'anomalie des voies respiratoires. À l'autopsie, il n'y a pas d'épanchement en particulier. Les poumons sont très rouges et les autres organes sont pâles. Il y a un pneumothorax. Au niveau du larynx, il y a une érosion, mais pas de lésion. Il n'y a aucune lésion anatomique au niveau de la trachée et des bronches. Les deux poumons de façon diffuse sont très congestifs avec des zones hémorragiques à l'histologie. Il y a beaucoup d'hémorragies dans les alvéoles, dans les septa et dans les zones interstitielles.

La notion d'asphyxie ou d'hypo oxygénation rend les capillaires très fragiles. Les vaisseaux sont normaux et il n'y a pas de vasculite. Bébé █ a été près de deux heures et demie en réanimation. Il développe une membrane hyaline dans les alvéoles, ce qui est régulièrement vu dans le syndrome de détresse respiratoire aigu. Le bilan infectieux est négatif. Il n'y a pas de cause anatomique pouvant expliquer le décès.

Une frénotomie est généralement considérée comme un traitement sûr et efficace. La frénotomie, comme tous les actes médicaux, peut présenter certains risques : un saignement au site de la coupure, de l'infection, une blessure aux glandes salivaires et/ou un réattachement des tissus. Il est aussi possible que cette procédure ne résoudra pas tous les problèmes d'allaitement. Ce ne sont pas tous les freins de langue courts qui doivent être coupés, seulement ceux qui causent des problèmes d'allaitement.

Une procédure au laser permet d'aller plus profondément sous la langue et de faire une cautérisation avec de l'eau refroidie. Le jet d'eau est intégré dans le laser et est projeté en même temps.

Au Québec, on utilise différentes classifications ou des adaptations pour classer les freins labiaux en quatre types : muqueuse, gingivale, papillaire et papillaire-pénétrante, en fonction de l'insertion du frein dans les tissus de la gencive. Il existe également d'autres systèmes de classification, tels que celui de Kotlow ou Coryllos qui utilisent quatre grades similaires.

Classification de Placek

Type 1 (Muqueuse) : Le frein s'insère sur la jonction mucogingivale.

Type 2 (Gingivale) : L'insertion s'étend dans la gencive attachée.

Type 3 (Papillaire) : L'insertion atteint la papille interdentaire.

Type 4 (Papillaire-pénétrante) : Le frein traverse la papille et pénètre dans le palais, ou se connecte à la partie supérieure de l'os alvéolaire.

Classification de Kotlow :

Grade 1 : Insertion minimale sur la muqueuse alvéolaire.

Grade 2 : Insertion principalement dans la gencive attachée.

Grade 3 : Insertion juste en avant de la papille.

Grade 4 : Insertion qui s'étend et pénètre dans la papille.

La classification de Coryllos pour le frein de langue catégorise les freins en quatre types selon leur aspect, leur point d'attache et la forme de la langue. Cette classification va du type 1 (le frein est fin et élastique, s'attache à la pointe de la langue et la fait ressembler à un cœur) au type 4 (le frein est sous-muqueux, palpable et non visible, ancré à la base de la langue).

La classification basée sur le risque est une autre approche, plus simple, qui classe les freins comme étant normaux ou pathologiques. Un frein est considéré comme pathologique si son insertion ou sa taille interfère avec une fonction, comme l'alimentation ou l'élocution, ou s'il a un impact délétère sur les tissus parodontaux.

Au Québec, bien qu'il n'y ait pas de classification officielle spécifique au frein lingual, on utilise souvent une classification en quatre types, basée sur la localisation et la longueur du frein. Cette classification est surtout utilisée en pédiatrie et en allaitement pour décrire les restrictions de la langue et son impact.

Il y a eu une pratique de réanimation cardiorespiratoire faite en septembre 2022 au Centre dentaire.

Il n'est pas du mandat du coroner de se prononcer sur la responsabilité professionnelle d'une personne. Il existe des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public. Dans le cadre de la présente investigation, des échanges ont eu lieu avec l'Ordre des dentistes du Québec concernant les circonstances du présent décès en lien avec la qualité de l'exercice professionnel d'une personne. Le présent rapport sera transmis à l'Ordre des dentistes du Québec pour information et analyse de la qualité de l'exercice professionnel le cas échéant.

À la suite de l'expertise demandée par le coroner, il est permis de se questionner sur l'indication de procéder à la frénotomie selon la classification des freins labial et lingual notés au dossier clinique.

Est-ce que le consentement des parents a été donné après avoir été informés de façon adéquate, de la nature de l'intervention, des bénéfices, des risques et des alternatives possibles ? Est-ce que le consentement et l'intervention devraient être faits dans deux périodes différentes suite à la réception d'un guide expliquant la procédure ?

Selon l'expert mandaté par le coroner, les paramètres d'eau et d'air sont des éléments clés dans cette procédure. Il est important de noter que la plupart des frénotomies labiales et linguales peuvent être pratiquées avec une large gamme de laser, mais que chez les bébés de moins de 3 mois, des interventions sans eau et/ou à très peu d'air sont recommandées et documentées. C'est pour cette raison que le laser à diode est préconisé puisqu'il fonctionne sans eau et sans air.

Selon l'expert mandaté par le coroner, le laser Waterlase iPlus, utilisé pour la frénotomie labiale et linguale chez Bébé [REDACTED], est un laser adéquat pour ce type d'intervention. Toutefois, son utilisation chez un nourrisson de moins de 3 mois nécessite un ajustement des paramètres de base.

Sur le Waterlase iPlus, les paramètres préétablis pour une frénotomie avec le mode « Rapid Cut » présentent un pourcentage d'eau initial trop élevé pour une intervention sécuritaire chez un nourrisson de moins de 3 mois.

Le laser avec eau (Waterlase) utilisé lors de la procédure chez Bébé [REDACTED] est-il le laser adéquat pour cette procédure chez un bébé de moins de trois mois ?

L'absence d'anesthésie soulève également un questionnement quant à la douleur ressentie par le nourrisson et à sa capacité à tolérer cette douleur à un si jeune âge. Toutefois, selon le guide clinique de pratique de l'unité néonatale du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine, une anesthésie locale n'est pas recommandée.

S'il l'estime indiqué, l'Ordre des Dentistes du Québec pourra déterminer si la formation de la dentiste est adéquate pour l'utilisation du laser lors de cette procédure, si le laser utilisé était approprié, si la technique utilisée répond aux standards de pratique, si l'aspiration en bouche était suffisante lors de la procédure et si la frénotomie était indiquée aux deux sites selon leur classification.

L'Ordre des Dentistes du Québec pourra également se prononcer sur la formation requise obligatoire pour les interventions chirurgicales intra-buccales sur les enfants en bas âge (moins d'un an), et d'une certification laser obligatoire.

Les antécédents médicaux sont non pertinents et bébé [REDACTED] ne prend aucune médication.

Considérant que l'arrêt cardio-respiratoire de Bébé [REDACTED] est survenu dans les minutes suivant la procédure chirurgicale, on peut en conclure que la cause de cet arrêt cardio-respiratoire est une complication de la procédure chirurgicale. Bébé [REDACTED] a dû avaler de l'eau lors de l'intervention alors qu'il était en position horizontale rendant difficile sa capacité d'évacuer l'eau.

CONCLUSION

Bébé [REDACTED] est décédé d'une hémorragie sévère au niveau pulmonaire suite à une aspiration d'eau lors d'une procédure de frénotomie.

Il s'agit d'une complication d'une chirurgie.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que l'Ordre des dentistes du Québec :

- [R-1] Se positionne sur les bonnes pratiques en matière de frénotomie et en informe ses membres ;
 - [R-2] Se prononce sur la formation requise obligatoire pour les interventions chirurgicales intra-buccales sur les enfants en bas âge (moins d'un an).
-

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 Saint-Jean-sur-Richelieu, ce 4 décembre 2025.

André-H. Dandavino, coroner