

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-09539

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.

Me Audray Tondreau
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-12-14 <small>Date de l'avis</small>	2024-09539 <small>N° de dossier</small>	
IDENTITÉ		
██████████ <small>Prénom à la naissance</small>	██████████ <small>Nom à la naissance</small>	
69 ans <small>Âge</small>	Masculin <small>Sexe</small>	
Québec <small>Municipalité de résidence</small>	Québec <small>Province</small>	Canada <small>Pays</small>
DÉCÈS		
2024-12-05 (présumée) <small>Date du décès</small>	Québec <small>Municipalité du décès</small>	
Domicile <small>Lieu du décès</small>		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié à l'aide d'une pièce d'identité comportant une photographie sur le lieu du décès par un policier du Service de police de la Ville de Québec.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Les circonstances de ce décès font l'objet d'un rapport d'événement du Service de police de la Ville de Québec.

Le 14 décembre 2024, un membre de la famille de M. ██████████, étant sans nouvelle de lui depuis plusieurs jours, communique avec le centre d'urgence 911 afin qu'une vérification puisse s'effectuer à son domicile.

Cette même journée, à 10 h 06, les policiers trouvent M. ██████████ inanimé, en position dorsale, au sol, près de son lit. M. ██████████ présente des signes de changement post-mortem avancés. Aucune manœuvre de réanimation n'est réalisée dans ce contexte. À 11 h 22, les techniciens ambulanciers paramédics arrivent sur place. Selon le rapport d'intervention préhospitalière, il s'agit d'une mort évidente. Par ailleurs, il n'y a aucune trace de violence ni aucune trace d'effraction. Sur place, les policiers constatent que la médication n'a pas été prise après le 2 décembre 2024.

Le 14 décembre 2024, le décès de M. ██████████ est constaté à distance par un médecin de l'unité de coordination clinique de services préhospitaliers d'urgence.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Le 16 décembre 2024, un examen externe a été pratiqué à la morgue de Québec. L'examineur a constaté des signes de changement post-mortem suggérant que le décès remonte à quelques journées. Aucune lésion traumatique ou suspecte n'a été observée.

Des liquides biologiques prélevés lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Aucune substance contributive au décès n'a été détectée. L'éthanol (l'alcool) sanguin était non décelable.

ANALYSE

Selon l'information consignée dans son dossier de la clinique médicale Maizeret et selon le Dossier Santé Québec, M. [REDACTED] avait plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires, notamment le tabagisme, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et le diabète. Une médication lui était prescrite pour ces trois dernières conditions. M. [REDACTED] était aussi connu pour une maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ainsi qu'une insuffisance cardiaque.

Selon le dossier clinique de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), M. [REDACTED] a été hospitalisé pour une cardiopathie mixte valvulaire et toxique en 2017. Il a eu à ce moment la pose d'un stimulateur cardiaque. En août 2023, son suivi en cardiologie avait été cessé à la suite de plusieurs rendez-vous médicaux manqués.

En juillet 2024, M. [REDACTED] a consulté, à la Clinique médicale Maizeret, pour une douleur thoracique et une dyspnée exacerbée (essoufflement), à l'effort surtout. Ces symptômes étaient présents depuis environ six mois, mais plus fréquents depuis un mois. Il est noté au dossier clinique comme impression « diabète type 2 et MCAS – Angor pectoris (angine de poitrine)? ». Une référence a été faite en cardiologie par le médecin traitant et des prélèvements sanguins et l'ajout de l'aspirine ont été ordonnés.

En août 2024, il est constaté, à la lecture du dossier clinique de l'IUCPQ, qu'une consultation a eu lieu en cardiologie et qu'un électrocardiogramme a été réalisé avec un résultat anormal. Des examens ont été prescrits, soit une échographie du cœur et un bilan sanguin, qui ont été réalisés en septembre 2024. Les résultats du bilan sanguin confirment que M. [REDACTED] était diabétique et dyslipidémique et indiquent que le contrôle de ces conditions médicales n'était pas optimal. En effet, les triglycérides étaient à 5,01 mmol/L alors que la valeur de référence doit être en dessous de 1,7, l'apolipoprotéine B-100 à 1,37 g/L alors que la valeur de référence doit être en dessous de 1,2 et la HBA1C à 0,097 alors que la valeur de référence devrait se situer entre 0,048 et 0,059. Ces résultats augmentaient, de façon significative, son risque de maladie cardiovasculaire. Pour sa part, l'échographie du cœur a confirmé l'insuffisance cardiaque déjà connue chez M. [REDACTED] ainsi qu'une insuffisance aortique modérée.

Il m'a été mentionné que lors de la consultation en cardiologie du mois d'août 2024, le médecin avait demandé de revoir le patient en novembre 2024 à titre de suivi. Une lettre de prise en charge, par le cardiologue de l'IUCPQ, a été transmise, en octobre 2024, au médecin traitant mentionnant qu'il reverrait M. [REDACTED] rapidement pour l'ajustement des traitements éventuel et la conduite à tenir par rapport à sa condition en lien avec les valvulopathies.

Aucun autre examen ou consultation en cardiologique ne sont recensés toutefois après septembre 2024 outre un appel de la clinique de pacemaker, le 11 décembre 2024, toutefois, M. [REDACTED] était déjà décédé à cette date. Le rendez-vous de suivi demandé par le cardiologue pour le mois de novembre 2024 n'a pas eu lieu.

J'ai eu des échanges avec la Directrice à la qualité, à l'évaluation de la performance et à l'équité ainsi qu'avec le Directeur médical et des services professionnels et la responsable des archives de l'IUCPQ. Je voulais vérifier :

- À quel moment, les résultats sanguins ainsi que l'échographie du cœur avaient été reçus à l'IUCPQ ?
- À quel moment, ces résultats avaient été consultés par le cardiologue ?
- Quelles avaient été les consignes données, le cas échéant, par le cardiologue à la suite de ces résultats ?

- Quelle était la raison pour laquelle la consultation de suivi demandée en novembre 2024 n'avait pas eu lieu ?

À la suite de ces questionnements, il m'a été expliqué que, puisque les dossiers sont sous forme « papier », il n'y a aucune façon de confirmer le moment de la réception des résultats médicaux réalisés en septembre 2024 ni le moment de la consultation de ceux-ci par le médecin. La seule façon de le confirmer est si le médecin ajoute une note cléricale sur lesdits résultats, ce qui n'est pas le cas dans la présente situation. Par la suite, il m'a été expliqué que c'est le médecin, à la suite de son appréciation des résultats, qui prend la décision de maintenir le moment du prochain rendez-vous convenu, ici en novembre 2024, ou de le devancer à titre d'exemple. Il peut aussi communiquer avec le patient par téléphone, à titre de suivi. En l'absence d'indication contraire au dossier clinique, la prochaine étape était la demande de consultation en suivi de novembre 2024.

Cette situation en lien avec l'absence de traçabilité des résultats d'examens demandés par le médecin me préoccupe. Dans la présente situation, le médecin a-t-il reçu les résultats ? Les a-t-il consultés ? Quel était son avis sur la poursuite de la prise en charge et des soins en lien avec les résultats obtenus aux examens ordonnés ? Je n'ai pu obtenir aucune réponse à ces questions. Il m'apparaît nécessaire, dans une approche sécuritaire pour le patient et de qualité de soins, qu'une traçabilité rigoureuse des résultats dans le dossier clinique soit déployée dès que possible. Dans une optique d'amélioration continue et d'une meilleure protection de la vie humaine, j'adresserai donc une recommandation à cet égard que j'ai pu discuter avec l'IUCPQ.

En ce qui concerne la consultation de suivi demandé par le médecin et qui devait avoir lieu en novembre 2024, il m'a été indiqué que c'est par faute de disponibilités à l'horaire du médecin que le rendez-vous n'a pu être octroyé. Il m'a été expliqué qu'il s'agit d'une problématique systémique découlant de « l'offre et la demande ». J'ai questionné à savoir comment le médecin est informé que sa demande, ici la consultation de suivi, n'a pu être planifiée comme demandé ? À titre d'exemple, je pense ici à une rétro-information au médecin afin de l'informer de la situation et qu'il puisse réévaluer le besoin de s'entretenir rapidement ou non avec son patient ? De façon systémique, considérant qu'il s'agit d'une situation appelée à survenir, quelles mesures sont déployées par l'IUCPQ notamment en lien avec la gestion des listes d'attente ?

À ce sujet, il m'a été mentionné que, sans que la fréquence soit définie, pour certains médecins qui le demandent, une liste des patients en attente leur est transmise. Pareillement pour le chef médical du service de cardiologie. Par ailleurs, j'ai été informé que les chefs médicaux, notamment celui de la cardiologie, auront accès prochainement de façon électronique aux listes d'attente pour tous les médecins de leur unité, mise à jour toutes les semaines. Finalement, à la suite de mon échange avec l'IUCPQ, j'ai été informée que deux à trois fois par année, une liste des inventaires sera dorénavant transmise au chef de la cardiologie afin que des rencontres statutaires puissent se tenir avec le gestionnaire responsable des rendez-vous pour discuter et identifier des enjeux. Je souligne que ces initiatives m'apparaissent tout à fait nécessaires dans le contexte d'une problématique connue de capacité à offrir le service de soins. Toutefois, je crois qu'il m'apparaît nécessaire d'évaluer aussi la possibilité de faire une rétro-information contemporaine au médecin traitant lorsqu'une consigne ne peut être suivie pour divers facteurs, afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate pour l'usager. J'adresserai aussi une recommandation en ce sens à la fin de ce rapport pour une meilleure protection de la vie humaine que j'ai aussi pu discuter avec l'IUCPQ.

Finalement, 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 le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat. Après avoir examiné les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED], il apparaît pertinent de formuler une recommandation afin de s'assurer que la prise en charge et les soins prodigués à la suite de la première consultation du 12 août 2024 à l'IUCPQ étaient conformes aux standards de qualité attendus. Dans ce contexte, un retour préalable sur les circonstances du décès de M. [REDACTED] auprès du Directeur médical et des services professionnels de l'IUCPQ m'a permis de discuter de ce dossier et de porter à son attention cette préoccupation. Les échanges ont permis de convenir de la recommandation en lien avec cette prise en charge.

Finalement, concernant la date du décès de M. [REDACTED], selon les informations colligées dans le cadre de mon investigation, la dernière conversation recensée impliquant M. [REDACTED] remonte au 3 décembre 2024. Selon l'état du corps (changements post-mortem), en l'absence de témoin au moment de l'événement ayant mené au décès et selon les déclarations recueillies dans le cadre de mon investigation, je suis d'avis que le décès pourrait être survenu le 5 décembre 2024.

En considérant les conclusions de l'examen externe, du bilan toxicologique, des antécédents médicaux et en analysant les circonstances qui entourent le décès, je conclus que M. [REDACTED] est probablement décédé à la suite d'un malaise cardiaque. Par conséquent, je conclus à un décès naturel.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé probablement des suites d'un syndrome coronarien aigu dans le contexte d'une insuffisance cardiaque et d'une maladie coronarienne athérosclérotique.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que l'**Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec** :

- [R-1] Prenne les mesures nécessaires, dès que possible, afin de garantir une traçabilité des examens ordonnés en cardiologie, incluant notamment la réception des résultats, la consultation par le médecin ainsi que l'inscription de consigne à la suite de la consultation de ceux-ci ;
- [R-2] Veille à ce que le médecin soit mis au courant, de façon contemporaine, lorsqu'une directive qu'il a émise ne peut être appliquée comme prévu, afin qu'il puisse réévaluer la situation médicale de son patient et s'assurer que les mesures nécessaires soient mises en place, le cas échéant ;

[R-3] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée pour l'épisode de soins ayant débuté le 12 août 2024, à l'unité de cardiologie 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.

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 Québec, ce 12 décembre 2025.

Me Audray Tondreau, coroner

Version anonymisée