

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2006

Dossiers touchant de près ou de loin le préhospitalier

Recherche et compilation : Stéphan Gascon, paramédic

Source : <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/index.asp>

1-Avis / Dossier : 130266

Date de l'événement : 10 novembre 2005

Événement : Une femme de 71 ans décède neuf jours après avoir été heurtée par une fourgonnette qui reculait dans l'entrée de cour d'un restaurant, sur le boulevard Saint-François, à East Angus.

Aujourd'hui, sur plusieurs modèles de véhicules, il n'est pas rare que la vision arrière soit plutôt cauchemardesque et oblige le conducteur à reculer sans une vision parfaite ou quasi-parfaite. De plus, le conducteur âgé a de plus en plus de difficulté à se retourner complètement pour améliorer son champ de vision. Or, la présence d'un dispositif de détection d'obstacles ou de personnes améliorerait la sécurité des piétons et des cyclistes circulant à proximité des véhicules automobiles. Ce détecteur avertit également le conducteur de toute présence humaine si celle-ci est accroupie ou étendue derrière le véhicule, rendant autrement impossible sa localisation. De plus, en période de noirceur où la vision se fait plus imprécise, compte tenu de la faiblesse des phares de recul, ce détecteur s'avère un outil précieux pour réduire toute forme d'impact ou de collision.

Recommandations

Que le ministre des Transports :

- inclue au chapitre IV du titre VI du *Code de la sécurité routière* un article indiquant que tout véhicule automobile doit être muni d'un détecteur d'obstacles ou de personnes lorsque celui-ci recule, afin d'alerter le conducteur d'une telle présence.

Que Transports Canada :

- rende obligatoire la présence d'un détecteur d'obstacles et de personnes sur toutes les nouvelles automobiles utilisées au Canada (importées ou fabriquées au Canada).

2-Avis / Dossier : 129640

Date de l'événement : 9 octobre 2005

Événement : Un homme de 27 ans décède d'un polytraumatisme à la suite d'un accident survenu sur la piste de course automobile Sept-Îles Speedway.

L'homme participait à une course d'endurance dont le gagnant devait franchir les cent tours le premier. Les véhicules qui prennent part à cette course sont des voitures non modifiées mécaniquement n'étant munies d'aucun renforcement en vue de protéger le pilote. Il s'agit en fait de véhicules qui n'auraient même plus le droit de circuler sur les voies publiques compte tenu de leur piètre état mécanique.

Au début d'une courbe, la victime a perdu la maîtrise de son véhicule en freinant et a dérapé vers l'intérieur de la piste, percutant un amoncellement de terre et de sable pour finalement se renverser sur le toit. Un véhicule qui suivait s'est engagé dans la même trajectoire. Le conducteur ne semble pas avoir eu le temps de réagir par rapport à l'accident qui venait de se produire. Il a frappé de plein fouet le véhicule renversé du côté de la portière du conducteur.

Recommandations

Que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport :

- révisé la législation et la réglementation en vue d'établir ou de faire établir des normes de sécurité contraignantes pour encadrer la course automobile au Québec.

Que la Fédération de sport automobile du Québec :

- propose au ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport un projet de règlement de sécurité et, le cas échéant, fasse approuver ce règlement en vue d'encadrer la course automobile au Québec.

3-Avis / Dossier : 129436

Date de l'événement : 14 septembre 2005

Événement : Une femme de 64 ans décède d'un polytraumatisme, dix jours après avoir été victime d'un accident survenu sur la route 255, à Saint-Félix-de-Kingsey.

Conduite à l'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, elle y est restée deux heures avant d'être transférée au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Or, le Collège des médecins du Québec publiait en 1998 des lignes directrices concernant la prise en charge en salle d'urgence des patients traumatisés. Il y est dit, entre autres, que l'ambulance doit se diriger vers le service d'urgence le plus près pour stabilisation et que celle-ci ne doit pas prendre plus de dix minutes et que le patient doit rester sur la civière des ambulanciers.

Le coroner se demande si la première heure a été occupée à stabiliser la patiente et à lui faire une échographie abdominale, ce qu'il s'est passé dans la deuxième heure. Il lui apparaît clair que de précieuses minutes se sont écoulées entre l'arrivée à l'urgence et le transfert. Par ailleurs, le coroner souligne que la femme avait des blessures très graves et que le pronostic était très sombre dès l'arrivée des ambulanciers sur le lieu de l'accident et à la prise en charge à l'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Ses chances de survie sans séquelles majeures étaient infimes.

Recommandations

Que les comités de l'évaluation de l'acte médical et de traumatologie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska :

- étudient le dossier médical, en portant une attention particulière aux raisons ayant conduit au séjour de deux heures de la patiente à l'urgence, afin de proposer des corrections possibles aux conduites appliquées et de minimiser le délai pour que les traumatisés crâniens sévères puissent recevoir des soins tertiaires appropriés et que l'on s'approche des directives formulées par le Collège des médecins du Québec;

- soumette le dossier à la direction des services préhospitaliers de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, si la disponibilité des ambulances est pointée comme un facteur causal du délai de transfert.

4-Avis / Dossier : 129046

Date de l'événement : 15 août 2005

Événement : Un homme de 89 ans décède d'un choc hypovolémique secondaire à une rupture splénique, à la suite d'un accident de la route survenu à l'intersection des rues Haig et Hochelaga, à Montréal.

Le conducteur de l'autre véhicule a brûlé un feu rouge. La victime a été transportée à l'Hôpital Santa Cabrini où le médecin soupçonnait une hémorragie interne. Le patient était en hypotension. Or, il prenait du métoprolol comme médication, lequel a la propriété de bloquer la fréquence cardiaque, et tout indique que c'est ce qui est arrivé ce jour-là. Par ailleurs, les résultats du contrôle de la formule sanguine prélevée à l'admission n'ont été connus qu'après le décès de l'homme.

Le bilan lésionnel, qui doit généralement être fait dans les trente premières minutes, a à peine été amorcé. Seule une radiographie pulmonaire a été prise. Une réquisition a été faite pour d'autres examens radiographiques de moindre importance (cage thoracique et clavicule), mais le temps a manqué pour procéder à la prise des clichés. Or, des examens autrement plus importants, pour la recherche d'une éventuelle cause de l'hypotension ou une radiographie du bassin, n'ont jamais été demandés.

Pour la coroner, la prise en charge à l'urgence n'a pas été très efficace. La gestion moderne d'un cas majeur en traumatologie requiert la présence d'un chirurgien général au chevet du patient dès son arrivée à l'urgence. Or, l'urgentologue avait demandé, sans succès, la présence d'un chirurgien thoracique pour l'installation d'un drain thoracique. Toutefois, il a omis de faire appel au chirurgien général malgré le doute qu'il entretenait sur une possible hémorragie interne. Le patient aurait dû être conduit à la salle d'opération en moins de soixante minutes. Dans le présent cas, il l'a été au bout de 80 minutes.

Recommandations

Que l'Hôpital Santa Cabrini :

- fasse en sorte que ce rapport soit étudié par le comité local de traumatologie;
- voie à ce que tous ses urgentologues reçoivent la formation en soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS) si ce n'est déjà fait.

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que le Groupe-conseil en traumatologie :

- reçoivent une copie du rapport d'investigation pour suivi approprié.

Que l'Hôpital Jean-Talon :

- reçoive une copie du rapport d'investigation pour information, en tant que centre de traumatologie secondaire de Montréal.

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

- s'engage activement, afin que soit renforcé vigoureusement le parrainage en place entre l'Hôpital du Sacré-Cœur et l'Hôpital Santa-Cabrini ainsi qu'entre l'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Jean-Talon, en vue de favoriser le transfert des connaissances.

5-Avis / Dossier : 129016

Date de l'événement : 13 août 2005

Événement : Un homme de 73 ans décède d'un traumatisme crânien avec hématome sous-dural, trois jours après avoir embouti un véhicule automobile arrêté à un feu rouge à l'intersection des rues Laurentien et Bocage, à Montréal. Il y a eu déploiement du sac gonflable.

À la suite de cet accident, l'homme a été amené à l'Hôpital St. Mary's. À l'examen, l'homme interagit bien en répondant de façon appropriée aux questions. Les pupilles réagissent bien. Il n'y a pas de saignement actif, et le nez n'est pas sensible à la palpation. Un deuxième examen est réalisé. La radiographie du bras ne démontre aucune fracture. Il reçoit son congé avec recommandation d'appliquer de la glace sur son bras et de prendre de l'acétaminophène au besoin. Le soir même, il sera trouvé au lit par des voisins, très souffrant et incapable de se mobiliser. Il précise que sa hanche le fait souffrir. Il est amené en ambulance à l'hôpital Fleury. L'examen de la sphère neurologique est normal. Il est gardé en observation pour la nuit.

Les premiers symptômes vraiment spécifiques de l'hémorragie intracrânienne se sont produits tôt le lendemain de l'accident. La victime a réclamé de l'acétaminophène pour un mal de tête. Le médecin de l'urgence qui terminait son quart de travail de nuit l'a examiné. Le patient étant de nature stoïque, le médecin n'a pas été impressionné anormalement de la céphalée. Il autorise au dossier le congé dès que le patient sera en mesure de se mobiliser. L'homme tombera dans un profond coma et décédera le lendemain sans avoir repris conscience.

Depuis 1998, la vitesse de déploiement du coussin gonflable a été réduite d'environ 30 %, passant de 320 km/h à un peu plus de 200 km/h. La victime était propriétaire d'un véhicule datant de 1992, donc équipé de sacs gonflables de première génération. Selon toute évidence, c'est le bras de la victime, placé entre le sac gonflable et la tête qui est responsable de la gravité de la blessure. Son bras droit est venu s'abattre contre son visage. Entraîné par le sac à plus de 320 km/h, le bras est suffisamment dur pour provoquer les lésions en cause.

Recommandations

Que l'Association des médecins d'urgence du Québec, l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

- sensibilisent leurs membres travaillant en salle d'urgence, par leurs activités de formation médicale continue ou par une capsule dans leurs publications ou leurs forums de discussion respectifs, du risque de blessures sévères associées au déploiement du sac gonflable dit de première génération dont sont équipés les

véhicules fabriqués avant 1998. Dans son anamnèse, le médecin devrait donc chercher à obtenir certains détails sur le véhicule, en particulier sur l'année de fabrication.

Que l'Hôpital Fleury de Montréal et le Centre hospitalier St. Mary's :

- fassent en sorte que ce rapport soit transmis à leur comité de mortalité et de morbidité respectif.

6-Avis / Dossier : 130022

Date de l'événement : 30 juin 2005

Événement : Un cycliste de 51 ans décède d'une rupture post-traumatique de la rate, plus de quatre mois après avoir fait une chute à vélo.

Une rupture de rate peut se faire au moment du traumatisme ou de quelques jours à quelques semaines plus tard. Un hématome se forme entre le parenchyme et la capsule, l'hématome se liquéfie, la pression sous la capsule fragilisée augmente et le plus souvent, à la faveur d'un traumatisme supplémentaire, même modéré, l'hématome se rupture dans un second temps. Une proportion de 75 % des ruptures post-traumatiques se font dans les deux semaines et 25 % des ruptures se font dans les mois suivant le traumatisme initial. C'est le cas de la présente victime.

Vers midi, la victime s'effondre chez elle et perd conscience. Comme il n'y avait pas de téléphone, un membre de la famille se rend à un dépanneur situé à moins d'un kilomètre pour appeler le 9-1-1. Comme il y a beaucoup de clients et que le téléphone n'est pas disponible, ce n'est qu'à 13 h 28 que l'appel est fait au 9-1-1. Ainsi, compte tenu des délais entre le malaise et l'accessibilité aux soins, la victime n'a eu aucune chance.

L'absence de téléphone dans la maison ne permettait pas d'obtenir de l'aide rapidement. Après vérification auprès de Bell Canada, il n'est pas possible, même pour une somme modique, d'obtenir uniquement l'accès au service 9-1-1 à partir d'un téléphone fixe.

Recommandations

Que Bell Canada et Télébec :

- rendent le service d'urgence 9-1-1 accessible à tous les foyers où le service téléphonique est disponible, même si le service de base est débranché, comme le font certaines autres compagnies de téléphonie fixe.

Que le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes :

- encourage, voire oblige les compagnies de téléphonie fixe à offrir le service d'urgence 9-1-1 à tous les foyers où le service est disponible, même si le service de base n'est pas activé.

7-Avis / Dossier : 127624, 127625

Date de l'événement : 23 avril 2005

Événement : Un conducteur et son passager, âgés respectivement de 22 et 23 ans, décèdent à la suite d'un capotage survenu sur la route 117, à Sainte-Adèle.

Les deux occupants ont été éjectés. Le premier corps est trouvé sur un rocher à environ dix mètres de la camionnette. On note un évidement crânien. Le second corps, gisant sur le dos et baignant dans un ruisseau, est trouvé près du véhicule. La tête n'est pas immergée complètement. On note une lacération à l'arrière de la tête. Les policiers dressent un constat de mort évidente pour les deux corps. Ce constat est contresigné par le technicien ambulancier. Or, pour cette deuxième victime, il n'y avait pas d'évidement de la substance cérébrale. Son décès ne remplit pas les critères de mort évidente, laquelle aurait dû être constatée par un médecin.

Par ailleurs, la route où s'est produit l'accident était mouillée et on y trouvait du sable d'épandage en provenance du chemin Val-Royal. C'est à cet endroit que débute une courbe. Toute matière granuleuse et mouillée, par surcroît sur la chaussée, ne facilite pas le travail d'adhérence des pneus dans cette courbe. Si on ajoute à ce dernier facteur une conduite avec facultés affaiblies et peut-être une vitesse légèrement supérieure à la vitesse autorisée de 90 km/h ainsi que l'obscurité, on peut facilement se trouver en situation de perte de maîtrise. De plus, à cet endroit, il n'y a pas de glissière de sécurité pour freiner ou pour contenir un véhicule qui dérape. Une glissière est présente à plus de 30 m plus loin, où la courbe est plus prononcée.

Il semble que des accidents se sont déjà produits à cet endroit. Ainsi, la configuration de la route et ses composantes méritent d'être revues et analysées en raison de cet événement et de ceux du passé.

Recommandations

Que le ministère des Transports du Québec :

- s'assure que les résidus d'épandage des chemins donnant accès à la route 117 au printemps sont enlevés régulièrement et plus particulièrement sur la route 117 en direction sud;
- installe une glissière à partir du chemin Val-Royal sur la route 177 en direction sud;
- analyse la configuration et les composantes de la route 117 en direction sud à partir de l'intersection du chemin Val-Royal, afin d'en améliorer la sécurité pour la conduite de nuit, s'il y a lieu.

Que le service préhospitalier de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides :

- fasse en sorte que ce rapport serve de matériel didactique dans son enseignement sur les critères de mort évidente.

8-Avis / Dossier : 126864

Date de l'événement : 20 février 2005

Événement : Un homme de 45 ans décède d'une hémorragie rétropéritonéale secondaire à une fracture multiple du bassin, à la suite d'un accident survenu lors d'une course sur glace sur le lac Saint-Louis, à Beauharnois.

L'homme occupait la place de passager avant. Le règlement des courses sur glace de Beauharnois prévoyait que tous les véhicules de la classe « Minounes Propulsion Stock » devraient compter sur un renfort intérieur au niveau des portières avant, sous la forme de barres protectrices. Le véhicule concerné n'était pas doté d'un tel dispositif. Une inspection avant la course aurait permis de repérer l'anomalie et de disqualifier le véhicule. De plus, le coroner souligne l'absence de formation donnée aux pilotes et le fait que l'on organise des courses durant lesquelles se côtoient des initiés et des novices.

Transportée au Centre hospitalier Anna-Laberge de Châteauguay, la victime aurait normalement dû être conduite directement à l'unité de traumatologie et non au triage, puisqu'il s'agissait d'un accident comportant un impact à haute vitesse avec intrusion et déformation de l'habitacle de plus de 30 cm. L'infirmier au triage a deux choix sur sa feuille : stat ou urgent. Il indique urgent. Le patient ne sera réévalué par une infirmière que trente minutes plus tard sans que ses signes vitaux soient vérifiés. Ce n'est que 90 minutes après son arrivée à l'urgence que le patient sera vu par le médecin. Or, la procédure de triage a trompé le médecin puisque, lorsqu'il voit le patient, il croit être en présence d'un cas de fracture de la cheville plutôt qu'un cas de traumatisme majeur.

On procède à la réduction de la fracture dans un cubicule. Le patient devient hypotendu. Le médecin attribue cet épisode à un réflexe vagal. Un bolus par voie intraveineuse parvient à corriger momentanément la tension artérielle. Toutefois, quarante minutes plus tard, le patient tombe en choc. Il s'est écoulé 3 h 30 depuis l'accident. Le médecin demande alors quatre culots globulaires immédiatement pour transfuser le patient. Plutôt que de donner du sang O négatif immédiatement, on établit d'abord le groupe sanguin de sorte que seuls deux culots sont disponibles après plus de 45 minutes. À cette heure, le patient s'apprête à quitter pour la salle d'opération où, pour une raison que l'on ignore, le sang à transfuser ne suivra pas.

Parmi les délais éprouvés à l'urgence, nous retenons 10 minutes au triage, 1 h 30 d'attente sur une civière et 1 h pendant laquelle les soins sont prioritairement donnés à sa cheville. Une fois la réanimation lancée, le chirurgien est joint vingt minutes plus tard et est sur place après quinze autres minutes.

Recommandations

Que la Fédération de sport automobile du Québec et l'Association de course sur glace du Québec :

- établissent une classe novice exclusivement réservée aux pilotes sans expérience;
- organisent, en début de saison, par l'entremise d'une école ou donnent elles-mêmes une formation aux pilotes intéressés à courir dans cette classe;

- fassent en sorte que cette formation soit préalable à l'obtention d'une licence de pilote sur glace, pour tout nouveau venu dans le sport;
- fassent en sorte, à défaut d'une classe réservée aux seuls novices, que tout véhicule conduit par un pilote inexpérimenté soit clairement identifié à l'aide d'un triangle orange à l'arrière;
- fassent approuver leur règlement de sécurité par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, comme le prévoit l'article 27 de la *Loi sur la sécurité dans les sports*.

Que le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport :

- fasse la promotion du règlement de sécurité auprès de tous les promoteurs et organisateurs de courses sur glace du Québec en déléguant la Direction de la promotion de la sécurité ou en confiant à un organisme le soin de faire cette promotion et de vérifier qu'il est appliqué lors de tous les événements de course sur glace au Québec.

Que le Centre hospitalier Anna-Laberge :

- modifie sa procédure pour que les patients victimes d'un traumatisme majeur soient amenés directement en salle de choc plutôt qu'au triage;
- adopte une procédure qui se trouve dans *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence*;
- revoie sa procédure de transfusion sanguine en situation d'urgence pour déterminer la raison pour laquelle plusieurs culots de sang O négatif ou isogroupés n'ont pu être transfusés immédiatement;
- s'assure que le personnel infirmier travaillant au triage a une formation et l'expérience adéquates pour occuper cette fonction.

Que la Direction de l'amélioration de l'exercice de la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie :

- s'assurent que les ambulanciers paramédicaux sont conscients du potentiel de complications qui peut survenir dans les accidents avec haute vitesse ou avec un IPT égal ou plus grand que quatre;
- réitèrent l'importance de préalerter les centres hospitaliers receveurs, afin de favoriser la mise en tension sans délai des ressources de l'hôpital;
- clarifient, de concert avec les hôpitaux receveurs, la procédure à l'arrivée en centre hospitalier, en cas de traumatisme majeur, afin d'éviter le délai occasionné par la procédure du triage;

Que l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux :

- voie à sensibiliser ses membres par l'entremise de la direction des soins infirmiers et les comités de gestion de risques et de la qualité à la nécessité absolue de mettre en place un processus de triage efficace et une procédure pour les cas de traumatisme majeur dans les départements d'urgence;
- fassent en sorte que les comités de traumatologie des centres hospitaliers reconnus comme centres secondaires reçoivent une copie de ce rapport et qu'ils en prennent connaissance.

Que Trauma-Québec et l'Association des médecins d'urgence du Québec:

- étudient la pertinence d'aborder les problèmes soulevés dans ce rapport lors de leurs activités de formation.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que le Groupe conseil en traumatologie :

- prennent connaissance de ce rapport.

Que tous les promoteurs ou organismes qui présentent des courses sur glace :

- reçoivent le rapport d'investigation.

Que le Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon auquel appartient le Centre hospitalier Anna-Laberge :

- fasse en sorte que le comité de morbidité et mortalité en traumatologie prenne connaissance de ce rapport et fasse les recommandations au comité de gestion des risques de l'établissement;

Que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- continue ses efforts pour sensibiliser ses membres qui travaillaient dans les départements d'urgence à l'importance d'avoir une procédure d'accueil efficace pour les victimes d'un traumatisme ainsi qu'à l'importance pour ces infirmières et infirmiers d'aller chercher une formation spécifique en matière de traumatologie.

9-Avis / Dossier : 124139

Date de l'événement : 30 juin 2004

Événement : Un jeune homme de 16 ans décède d'un traumatisme crânien sévère au Centre hospitalier universitaire mère-enfant (Hôpital Sainte-Justine), à Montréal.

L'adolescent a été victime d'une chute alors qu'il tentait de se faire tirer en planche à roulettes par le cyclomoteur d'un copain. Il est tombé à la renverse après avoir parcouru quelques mètres seulement. Il ne portait pas de casque. Les secours ont immédiatement été appelés, mais aucune ambulance n'était disponible dans le secteur de Terrebonne où a eu lieu l'accident. C'est un véhicule de Sainte-Thérèse qui a répondu à l'appel d'urgence dans un délai de 17 minutes.

Le jeune homme est transporté au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur où il est pris en charge à 20 h 25 et transféré à 23 h 40 à Montréal, après stabilisation, à l'Hôpital Sainte-Justine. Au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, le médecin de l'urgence a du mal à intuber son patient et doit faire appel à l'anesthésiste de garde qui complète la procédure à 21 h 27. Le médecin décide alors de faire des radiographies de la colonne cervicale, des poumons, du bassin et de procéder également à une tomodensitométrie cérébrale. Lorsque, à 22 h 15, il voit l'importance des lésions crâniennes et cérébrales du jeune homme, le médecin entre en contact avec l'Hôpital Sainte-Justine. Les ambulanciers sont rappelés et arrivent à l'hôpital à 23 h 12 et ils repartent vers Montréal à 23 h 40.

À son arrivée à l'Hôpital Sainte-Justine, l'adolescent est de nouveau évalué. Son score de Glasgow est à 5 sur une échelle de 15. Les lésions hémorragiques cérébrales ont progressé. La pression intracrânienne a augmenté. Un capteur de pression est installé, et le jeune homme est fortement médicamenté. Malgré les efforts déployés par l'équipe médicale, le pronostic est mauvais et le processus de mort cérébrale s'installe. Une angiographie la confirme à 14 h 25, le 1^{er} juillet 2004.

Les faits démontrés à l'enquête permettent au coroner d'en arriver à certaines conclusions. D'abord, il appert que les blessures à la tête subies par le garçon étaient d'une telle gravité que ses chances de survie étaient, dès le départ, presque inexistantes. Même si le jeune homme était arrivé directement dans un centre tertiaire de traumatologie, ses chances de s'en tirer n'auraient pas été augmentées. En fait, seul le port du casque aurait pu changer l'issue fatale en absorbant une partie de l'énergie transférée lors de l'impact.

Recommandations

Que les Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière :

- analysent leur intervention du 30 juin 2004 et revoient, le cas échéant, les façons de faire de leurs ambulanciers.

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière :

- procède à une nouvelle analyse de la demande de services préhospitaliers d'urgence dans la région de Laurentides-Lanaudière;
- s'assure de la capacité des services préhospitaliers de la région de répondre aux appels d'urgence selon les objectifs visés par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- travaille à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de toutes les interventions auprès des patients afin que les délais de prise en charge de ceux-ci soient réduits au minimum.

Que le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur :

- revoie son système d'appel des médecins de garde, afin de le rendre plus performant;
- s'assure que les notes des infirmières inscrites au dossier d'un patient sont complètes et détaillées;
- s'assure que, lors de la stabilisation d'un blessé avant son transfert dans un centre tertiaire de traumatologie, seules sont faites les investigations essentielles compte tenu de l'état clinique du patient et de ses antécédents traumatiques;
- revoie sa procédure de transfert urgent d'un patient afin de réduire les délais au minimum et notamment de s'assurer de la disponibilité d'une ambulance à l'hôpital;
- rédige un algorithme pour l'activation des ressources pour les patients traumatisés.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- s'assure de la coordination efficace de toutes les interventions, afin que les délais de prise en charge d'un patient soient réduits au minimum;
- s'assure de l'application d'un protocole uniforme sur les mesures à prendre pour la stabilisation d'un patient avant son transfert dans un centre tertiaire de traumatologie;
- révisé en conséquence les ententes de transfert entre les centres hospitaliers.

10-Avis / Dossier : 132694

Date de l'événement : 13 juin 2006

Événement : Un homme de 56 ans décède d'une asphyxie par étouffement alimentaire au service d'urgence du Centre hospitalier régional du Suroît, à Salaberry-de-Valleyfield.

L'homme avait été trouvé inconscient chez lui et conduit en ambulance à l'hôpital. Selon les voisins, il ne s'alimentait presque plus, refusait de consulter et présentait un état cachectique. À son arrivée à l'urgence à 16 h 35, la tension artérielle était à 77/70. Le patient est installé dans la salle de réanimation, et un soluté est administré pour traiter l'état de choc. Vers 17 h, la tension artérielle indique 121/77, et le patient est transféré sur une civière d'observation vers 17 h 45. Une préposée l'assiste pour prendre son repas. On trouvera le patient en arrêt cardiorespiratoire à 18 h 45. Aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise, et le décès est constaté par le médecin de l'urgence. Dans le dossier, il n'y avait aucune ordonnance de prise de signes vitaux ni saturométrie, et le niveau d'intervention n'avait pas été noté.

Recommandation

Que le comité d'évaluation de l'acte médical du Centre hospitalier régional du Suroît :

- fasse en sorte que la fréquence de la prise des signes vitaux et le niveau d'intervention pour les patients sortant de la salle de réanimation à l'urgence soient clairement inscrits au dossier.

11-Avis / Dossier : 130920

Date de l'événement : 18 janvier 2006

Événement : Une homme de 69 ans décède d'une hémorragie cérébrale, le lendemain d'une chute survenue sur une chaussée glacée, sur le terrain des loisirs de la municipalité de Saint-Élie-de-Caxton.

Il a été transporté par ambulance au Centre hospitalier Centre-Mauricie à Shawinigan. En raison de la présence d'un oedème localisé à l'œil droit avec hématome et de plusieurs abrasions au visage, il subit une radiographie du massif facial. Le rapport radiologique indique l'absence d'évidence de fracture du massif facial. Le patient reçoit son congé et est retourné chez lui.

Un ami qui l'a visité le même jour affirme que l'homme semblait confus, qu'il avait de la difficulté à répondre aux questions et à porter ses ustensiles à sa bouche. Le lendemain matin, la victime était trouvée à l'extérieur, inanimée sur le sol, à quelques pieds de sa porte d'entrée. Elle n'était vêtue que d'une chemise et d'un pantalon et ne portait pas de manteau, malgré la saison hivernale. L'autopsie a pu confirmer que l'hémorragie cérébrale était secondaire à l'accident de la veille.

Recommandation

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Centre-Mauricie :

- saisisse le comité ad hoc du bureau médical de ce décès, afin qu'il révise, le cas échéant, les procédures ou protocoles à suivre dans les cas de traumatismes crâniens à l'urgence.

12-Avis / Dossier : 130534

Date de l'événement : 16 décembre 2005

Événement : Un homme de 46 ans, demeurant à Montréal, arrondissement d'Anjou, décède d'une intoxication au monoxyde de carbone alors qu'il se réchauffait dans son auto en marche, qu'il était à déneiger.

L'homme n'avait complété que la moitié du déneigement de son véhicule. Tout le bas était encore sous la neige et l'extrémité du tuyau d'échappement était complètement bloquée. De plus, le plancher de son véhicule d'une quinzaine d'années de même que le système d'échappement présentaient des vices importants dus à la rouille. Le plancher du véhicule était tellement rouillé qu'il était perforé. Sous la banquette avant du côté du passager, il y avait un trou qui permettait le passage d'un poing. Tout près, le tuyau d'échappement comportait des orifices qui laissaient facilement passer les gaz du tuyau à l'habitacle.

Une ambulance a été demandée et les pompiers ont été dépêchés. Ceux-ci sont arrivés les premiers et ont entamé les manœuvres de réanimation cardiorespiratoires même s'il ne s'agit pas d'une équipe de premiers répondants et qu'ils ne disposent que du matériel minimal. Les ambulanciers sont arrivés dix minutes plus tard. L'opération de prétransport a duré vingt minutes. À Montréal, il n'y a présentement que 66 casernes qui ont des premiers répondants. À moins que l'effectif ambulancier augmente considérablement, les habitants aux extrémités de l'île ont peu de chances d'obtenir des premiers soins à l'intérieur de dix minutes alors que la répartition des premiers répondants dans les 66 casernes de pompiers permettrait d'offrir un temps de réponse variant de quatre à six minutes partout sur l'île. L'issue n'aurait probablement pas été différente, mais il est clair que, dans un tel cas, plus les délais d'accès aux soins sont longs, plus les chances d'une récupération neurologique s'amointrissent.

Recommandations

Que le ministre des Transports du Québec :

- confie à la Table québécoise de la sécurité routière le mandat d'évaluer la pertinence de rendre obligatoire une inspection pour les véhicules de plus de dix ans, afin de s'assurer de leur sécurité. Cet examen pourrait être exigé avant de renouveler l'immatriculation du véhicule.

Que le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de Montréal et le directeur des services préhospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- reçoivent une copie du rapport d'investigation et en prennent connaissance.

13-Avis / Dossier : 130354

Date de l'événement : 28 novembre 2005

Événement : Un homme de 35 ans décède par asphyxie secondaire à un corps étranger dans l'oropharynx.

Alors qu'il se trouvait dans son véhicule garé dans le stationnement d'un restaurant McDonald's sur la rue Ontario à Montréal, l'homme, sous l'effet de la cocaïne, a avalé de la résine de THC, soit parce qu'il ne réfléchissait plus logiquement ou parce que la forte dose de cocaïne provoquait des effets adrénérgiques avec tachycardie, ce qui le perturbait et l'effrayait. Ainsi, la résine s'est collée aux parois du palais et du pharynx, entravant rapidement la respiration.

Un premier témoin l'a trouvé le visage contre l'asphalte, râlant et tentant désespérément de respirer. Ce même témoin s'empresse de pénétrer dans le restaurant et d'aviser que quelqu'un a besoin d'aide. Il demande qu'on appelle le 9-1-1. Ni le gérant ni les deux employés présents n'ont fait quoi que ce soit; ils ont continué à vaquer à leurs occupations. Heureusement, quelques clients se sont portés au secours de la victime. Un client remarque immédiatement que l'homme a craché deux morceaux d'une substance brunâtre gluante, mais qu'il a toujours la bouche obstruée. Il demande qu'on aille lui chercher des gants au restaurant. L'employé au comptoir fait la sourde oreille et n'accède pas immédiatement à sa demande. Lorsqu'un témoin retourne au restaurant pour savoir si Urgences-santé a été dépêché, on découvre que l'ambulance n'a jamais été appelée. Ce témoin a donc utilisé son téléphone cellulaire pour composer le 9-1-1.

L'ambulance est arrivée sept minutes après la découverte initiale de la victime. Celle-ci est alors en arrêt cardiorespiratoire. Les ambulanciers ne vérifient pas s'il y a un corps étranger dans l'oropharynx et ne soupçonnent pas une obstruction. Ils essaient plutôt de la ventiler avant d'insérer le Combitube. À l'hôpital, l'urgentologue enlève le tube et découvre un matériel brunâtre abondant impacté dans la bouche et l'oropharynx. Il nettoie la cavité et procède à l'intubation, mais la ventilation demeure difficile. Comme il y a vraisemblablement anoxie cérébrale, les manœuvres sont abandonnées et le décès est constaté.

Pour le coroner, si on avait fait appel à Urgences-santé avec célérité et que l'intervention avait prévu un examen de la cavité oropharyngienne, l'homme aurait eu une chance de s'en sortir.

Recommandations

Que le propriétaire du restaurant McDonald's :

- voie à l'établissement et au respect d'un protocole simple qui indique les actions que le personnel doit accomplir lorsque son aide est sollicitée en situation d'urgence.

Que la Corporation d'Urgences-santé :

- considère l'à-propos de rappeler à ses ambulanciers paramédicaux la séquence visant à garantir le maintien des voies respiratoires.

14-Avis / Dossier : 128965

Date de l'événement : 8 août 2005

Événement : Un homme de 53 ans décède des suites d'un ou de plusieurs traumatismes à la tête, à Drummondville.

L'homme avait un problème d'alcoolisme important qui lui occasionnait des chutes fréquentes. La veille du décès, un passant aperçoit la victime manifestement en état d'ébriété faire des chutes à maintes reprises sur la voie publique. Il appelle les services d'urgence. Les ambulanciers se présentent sur les lieux et proposent de transporter la victime à l'hôpital, ce qu'elle refuse. Les ambulanciers quittent après avoir fait une évaluation sommaire et rédigé un rapport d'intervention préhospitalière. Un peu plus tard, l'homme, en tentant d'agripper la rampe de l'escalier qui mène à son logement, tombe vers l'arrière et heurte violemment le sol avec sa tête. Il se relève de lui-même et refuse l'aide de témoins qui se sont dirigés vers lui. Au cours de la nuit, un ami lui rend visite et le découvre inconscient, allongé par terre, sur le plancher de la cuisine.

Les résultats d'une tomodensitométrie cérébrale effectuée à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville où la victime a été transportée ont révélé d'importants hématomes sous-duraux bilatéraux. L'état du patient n'a cessé de se détériorer, et le décès est constaté.

Recommandations

Que les services ambulanciers Ambulances Drummond :

- sensibilisent tous les ambulanciers à l'importance d'évaluer la capacité d'une personne de prendre une décision éclairée lors de l'expression d'un refus de traitement ou de transport ambulancier. Si le refus de soins ou de transport est susceptible de causer des préjudices à la santé de la personne, la possibilité de recourir aux services policiers pour ordonner un transport forcé vers un milieu hospitalier doit être envisagée.

Que la Direction des services préhospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- élabore un protocole d'évaluation de l'aptitude des personnes à consentir ou non à des soins ou à un transport ambulancier lors d'appels d'urgence. Ce protocole d'évaluation pourrait prendre la forme d'un questionnaire réalisé par les ambulanciers et grâce auquel un pointage pourrait être établi. Selon les résultats, suggérer un transport hospitalier sans égard à la volonté exprimée de la personne si sa santé risque d'être compromise par l'absence de soins, en recourant au besoin aux services policiers.

15-Avis / Dossier : 128993

Date de l'événement : 8 août 2005

Événement : Un homme de 43 ans décède d'une arythmie cardiaque secondaire à une intoxication chronique à la diphenhydramine, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

L'homme souffre d'insomnie depuis longtemps. Au fil des années ses médecins lui ont prescrit diverses médications. Lors de périodes plus sévères, il a pris l'habitude d'utiliser en plus des gélules d'Unisom ultra fort, un médicament en vente libre qui contient du chlorhydrate de diphenhydramine. Au cours des derniers mois, il augmente la dose jusqu'au point où il commence à être victime d'hallucinations auditives. Il se trouve pris dans une spirale qui l'entraîne vers le bas : puisque la diphenhydramine provoque des hallucinations auditives et d'autres symptômes délirants, son insomnie s'en trouve aggravée. Plus il augmente la dose du médicament pour arriver à dormir, plus les symptômes de persécution le gardent éveillé. À très fortes doses, la diphenhydramine cause des convulsions et de l'arythmie.

Le jour du décès, il est trouvé par terre, près de son vélo. Lors du transport en ambulance vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, il convulse à plusieurs reprises. Son décès est constaté vingt minutes après son arrivée à l'urgence.

Recommandations

Que le Groupe de travail interdisciplinaire sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec :

- se penche sur l'à-propos pour les ambulanciers paramédicaux de pouvoir administrer une benzodiazépine lors de crises convulsives.

Que la Direction des services professionnels et de l'assurance de la qualité de la Corporation Urgences-santé et la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- reçoivent une copie de ce rapport.

Que la compagnie Pfizer Canada, fabricant d'Unisom, et le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments de Santé Canada :

- reçoivent une copie de ce rapport.

16-Avis / Dossier : 128713

Date de l'événement : 24 juillet 2005

Événement : Un homme de 20 ans décède d'une intoxication à l'eau, au Centre hospitalier régional Baie-Comeau.

Le jeune homme avait déjà consulté en psychiatrie pour des problèmes de comportement. Quelques jours avant son décès, il consulte de nouveau au Centre hospitalier régional Baie-Comeau pour différents malaises. Il dit au médecin qu'il ressent des douleurs au ventre lorsqu'il boit de l'eau du robinet, mais pas quand il boit de l'eau de source. Le médecin lui recommande de boire de l'eau de source et lui remet une prescription d'anti-inflammatoires. Il se met alors à boire de grandes quantités d'eau de source.

Deux jours plus tard, il appelle Info-santé, mentionnant qu'il croit s'être empoisonné avec de l'eau d'une bouteille mal nettoyée. Un problème de ligne téléphonique empêche la préposée de transférer l'appel au centre anti-poison. Elle perd la communication avec l'homme, et ce dernier n'a pas rappelé. Peu après, le père trouve son fils dans le bain en train de boire de l'eau directement du robinet. Il tente de le sortir du bain, mais le jeune homme se tient solidement aux poignées du robinet. Le père appelle le 9-1-1 et, lorsqu'il revient à la salle de bain, son fils a le corps mou et les lèvres bleutées. Le jeune homme est transporté au centre hospitalier, et son décès est constaté après des manœuvres de réanimation infructueuses.

Le coroner élimine la noyade comme cause de décès vu la présence d'un œdème cérébral et d'un œdème pulmonaire.

Recommandations

Que le Centre hospitalier régional Baie-Comeau :

- porte ce cas à l'attention des professionnels de la salle d'urgence et d'Info-Santé.

Qu'Info-Santé :

- prenne les mesures technologiques nécessaires pour localiser les appels et permettre d'assurer le suivi à la clientèle qui fait appel à ses services.

17-Avis / Dossier : 127662

Date de l'événement : 19 avril 2005

Événement : Une fillette de six ans décède d'une encéphalopathie anoxique ischémique, secondaire à un choc hémorragique à la suite d'une amygdalectomie et d'une adénoïdectomie réalisées à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

La chirurgie s'est effectuée à l'aide d'un bistouri électrique ou électrocautère. Cet appareil a remplacé le scalpel conventionnel, car la méthode, même si elle est un peu douloureuse, est simple et rapide. Il n'y a aucune différence entre les deux méthodes en matière de complications hémorragiques en période postopératoire. On signale que les saignements peuvent parfois survenir un peu plus tard car, lorsqu'un vaisseau est touché, la chaleur cautérise les tissus de sorte que le saignement ne survient que trois ou quatre jours plus tard quand les croûtes se résorbent. C'est le cas dans le présent événement.

Opérée le 13 avril, la jeune fille s'est mise soudainement à cracher du sang le 15. Elle est transportée par ambulance à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme où elle arrive à 16 h 50. Sur la foi des paramètres vitaux à l'arrivée et compte tenu des normales pour une enfant de six ans, on pouvait déjà présumer des pertes de 15 % de volume sanguin. Des pertes aussi substantielles et des paramètres vitaux qui ne se stabilisent pas commandent un traitement vigoureux qui vise à compenser les pertes et à corriger la cause de l'hémorragie. En l'occurrence, ces pertes n'ont été qu'imparfaitement compensées et aucune manœuvre, voire aucun examen, n'a été fait pour évaluer et corriger la cause du saignement. La patiente a plutôt été transférée à l'étage où il n'y a pas de supervision médicale et où le ratio infirmière/patient est insuffisant pour surveiller une patiente dont le pouls oscille toujours au-delà de 150 pulsations à la minute.

Le médecin de garde en oto-rhino-laryngologie ne vient pas voir la patiente, se fiant plutôt à un contrôle d'hémoglobine plus tard en soirée. Or, un contrôle de la formule sanguine est fait à 22 h avec un résultat de 94 g/l (la normale pour l'âge est de 130). Le médecin ne s'enquiert pas du résultat et personne ne semble avoir essayé de le joindre pour l'informer. À 3 h 25, dans la nuit du 16 avril, la patiente se met à cracher du sang, s'étirole devant le personnel, devient flasque et grise. Un médecin tente vainement de l'intuber pour faciliter sa respiration. Il aurait alors été préférable d'appeler l'anesthésiste dès les premiers instants, lorsqu'il est devenu évident que l'intubation serait difficile.

Une fois réanimée et stabilisée, la fillette est jeune fille est transportée en salle d'opération, mais il est désormais trop tard, car le cerveau a souffert et elle ne reprendra jamais conscience. En postchirurgie, elle est transférée à l'hôpital Sainte-Justine, mais les soins ne peuvent plus rien pour elle. Son décès sera constaté le 19 avril.

Recommandations

Que l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme :

- facilite l'obtention d'une certification valide du cours *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) à tous ses médecins à l'urgence;
- fasse en sorte que le comité de mortalité et de morbidité examine particulièrement si la procédure de transfert de la patiente entre l'urgentologue et le chirurgien aurait pu être améliorée;
- fasse en sorte que le comité de gestion des risques étudie les modes de défaillance qui ont entouré la communication des résultats de laboratoire.

Que le Collège des médecins du Québec :

- vérifie que les soins prodigués l'ont été selon les règles de l'art.

Que le comité de mortalité et de morbidité du CHU Sainte-Justine :

- reçoive une copie du rapport d'investigation.

18-Avis / Dossier : 124810, 124811, 124812

Date de l'événement : 27 août 2004

Événement : Un accident fait trois victimes à la suite de manœuvres pour débloquer un tuyau d'écoulement dans une fosse septique du camping Lac du Repos, à Saint-Jean-Baptiste.

La première victime est descendue dans la station de pompage adjacente à la fosse septique. À l'aide d'un manche de bois, l'homme réussit à débloquer le tuyau d'arrivée des eaux du tuyau d'écoulement. Aussitôt, de fortes odeurs remontent à la surface du puits d'accès. L'écoulement turbulent et à fort débit des eaux usées produit alors un dégagement élevé de sulfure d'hydrogène. L'homme est rapidement intoxiqué et s'affaisse dans l'échelle. C'est en voulant lui porter secours que la deuxième victime est également intoxiquée et chute dans les eaux usées de la station de pompage. La troisième victime, un sapeur-pompier au Service de sécurité incendie de Montréal, alors campeur à ce moment, s'effondre également en descendant dans l'échelle pour venir en aide aux deux premières victimes. Cet accident aurait pu faire plus de victimes, puisque deux autres campeurs ont été fortement incommodés par le sulfure d'hydrogène et qu'un sapeur-

pompier du Service de sécurité incendie de Saint-Jean-Baptiste est tombé dans le puits lorsque l'échelle de bois sur laquelle il prenait pied s'est brisée.

Ainsi, toutes les victimes sont descendues dans la station de pompage sans mettre en place les mesures requises pour assurer leur sécurité. De plus, tous les pompiers et les officiers du Service de sécurité incendie de Saint-Jean-Baptiste travaillent à temps partiel, et aucun n'a suivi de formation reconnue pour le sauvetage en espace clos. Les opérations de sauvetage sont improvisées et se déroulent selon les initiatives de chacun, tant celles des services d'urgence que celles des campeurs attroupés sur les lieux de l'accident.

Par ailleurs, les responsables du camping n'ont pas respecté les directives recommandées pour l'entretien et le suivi de leurs installations septiques. En effet, ces directives exigent une vidange lorsque l'épaisseur de boue excède 60 cm et au moins une fois tous les quatre ans pour une fosse septique utilisée de façon saisonnière. L'épaisseur de la boue au moment de l'accident révèle que la vidange de la fosse septique remonte à huit ans. Alors que la fosse septique était conçue pour desservir 284 emplacements de camping, il y en avait actuellement 310. De plus, les responsables se sont permis de raccorder trois puisards destinés au ruissellement des eaux pluviales, sur le réservoir desservi par la fosse septique. Un tel débit requiert une fosse septique de 166 mètres cubes comparativement à 47 mètres cubes comme celle qui avait été construite.

Recommandations

Que le ministère des Affaires municipales :

- fasse en sorte que les municipalités s'assurent à intervalles réguliers, par une inspection faite par elles-mêmes ou par des firmes spécialisées, que toutes les installations sanitaires des campings ou autres produits publics sont conformes autant par leur conception que par leur entretien et que soit affiché bien en vue un certificat d'inspection et de conformité.

Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail :

- exige que tout exploitant de sites publics ainsi que ses employés et cadres aient la formation adéquate pour gérer un site comportant une installation sanitaire avec fosse septique.

Que le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs :

- exige un certificat de conformité pour toutes les installations actuelles et futures de fosses septiques dans les endroits publics;
- fasse en sorte qu'il y ait installation d'un détecteur de gaz toxique qui déclencherait une alarme lorsque le niveau dangereux de gaz est atteint;
- fasse en sorte qu'il y ait un écriteau, placé bien à la vue du public, non seulement pour avertir d'un danger potentiel mais également pour donner des explications minimales afin que les gens comprennent bien la nature du danger de la présence de gaz toxiques et mortels.

19-Avis / Dossier : 123882

Date de l'événement : 14 mai 2004

Événement : Un homme de 82 ans, demeurant à la Résidence Le Monaco à Montréal, décède d'une hémorragie sous-durale douze jours après avoir fait une chute dans sa chambre.

Le lendemain de sa chute, malgré les offres répétées du personnel, l'homme refuse d'être conduit à l'hôpital, malgré ses douleurs. On décide alors d'appeler sa fille étant donné sa chute et son état. Elle ordonne sans tarder que l'ambulance soit appelée, et le patient est transféré à l'Hôpital juif. On diagnostique une fracture du bassin et de l'humérus droit ainsi qu'une hémorragie sous-durale. À la suite d'une tomодensitométrie, on annule l'anticoagulothérapie par vitamine K.

Or, en vertu d'une politique administrative qui prévoit le transfert des patients ayant reçu des soins de courte durée dans un autre centre hospitalier au cours des six derniers mois, il devait être transféré à l'Hôpital du Sacré-Cœur. Pourtant, il avait été traité quelques mois plus tôt pour une banale pneumonie. La fille fait valoir cet argument et le médecin de l'urgence convient que le transfert n'est pas nécessairement dans le meilleur intérêt du patient. Le transfert est donc annulé, mais le médecin oublie toutefois de le noter au dossier de sorte qu'au matin un autre médecin décide de procéder au transfert.

Le coroner souligne qu'il n'y a aucune note au dossier mentionnant qu'il y ait eu discussion entre les médecins des deux hôpitaux. Le patient est donc arrivé à l'Hôpital du Sacré-Cœur avec un dossier médical incomplet, sans les films de la tomодensitométrie. Ainsi, les médecins de l'hôpital receveur ont été privés d'information qui aurait pu les inciter à une plus grande prudence. Dans le cas présent, cet oubli s'est avéré crucial. En effet, lorsqu'on a refait l'examen, la zone d'hyperdensité était moins prononcée, permettant de remettre en question le diagnostic d'hémorragie sous-durale posé par les médecins de l'Hôpital général juif et de recommencer l'anticoagulothérapie.

Finalement, ce n'est que deux semaines après le décès que le coroner a été avisé par la fille de la victime. Conséquemment, il n'a pas été possible de confirmer par nécropsie la cause du décès puisque le corps avait été incinéré.

Recommandations

Que la Résidence Le Monaco :

- se dote d'un protocole de surveillance standardisé pour ses patients qui prennent de la warfarine et sont victimes d'un traumatisme.

Que l'Hôpital général juif de Montréal et l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal :

- révisent leurs procédures de transfert et d'accueil des patients en fonction de l'appartenance, afin de les optimiser;
- incluent à la procédure une liste de vérification pour l'établissement qui transfère le patient, afin de s'assurer que le patient est transféré avec tous les documents pertinents;

- fassent en sorte que seul le médecin coordonnateur de l'urgence puisse faire la demande de transfert avec son vis-à-vis, lequel devrait s'entretenir par la suite avec le médecin qui s'occupera du patient durant son hospitalisation;

Que l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal :

- fasse en sorte que ce dossier soit transmis au comité de mortalité et de morbidité de traumatologie pour étude.

Que l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec :

- sensibilise ses membres au risque associé à la prise de warfarine pour sa clientèle victime d'une chute ou d'un traumatisme quelconque;
- suggère à ses membres, pour ces incidents, de se doter d'un protocole standardisé de surveillance qui prévoit également la conduite à adopter en présence d'une altération des signes vitaux ou neurologiques;
- réaffirme l'importance des familles comme partenaires à part entière de l'équipe de soins;
- revoie systématiquement toute omission de communiquer promptement avec la famille lors d'un épisode significatif de maladie ou de soins.

20-Avis / Dossier : 123232

Date de l'événement : 13 avril 2004

Événement : Une femme de 51 ans décède d'une anoxie cérébrale prolongée, secondaire à une obstruction des voies respiratoires supérieures, à la suite d'une chirurgie esthétique réalisée à la Clinique de chirurgie esthétique Notre-Dame, à Montréal.

La chirurgie consistait en des corrections pour vieillissement au visage. Il s'agissait de remédier à la ptose des seins et de procéder à l'excision d'une kératose séborrhéique sur l'abdomen, une lésion bénigne. À la suite de la chirurgie, la patiente a été conduite en salle de réveil. Elle a été extubée. En lieu et place, l'anesthésiste installe une guédelle dans l'oropharynx ainsi que des trompettes nasales pour assurer une respiration plus aisée, car la patiente est toujours inconsciente. Aucune note de l'anesthésiste ne figure au dossier, ce qui est pour le moins inhabituel. De plus, les notes des infirmières sont très sommaires et entrées aux dix minutes. Or, ce n'est que dix à vingt minutes après que la patiente a quitté la salle d'opération que l'on s'aperçoit qu'elle ne respire plus, qu'elle présente une saturation à 44 % et un pouls à 44 battements/minute. Le coroner conclut que la patiente a été laissée sans surveillance pendant cette période. De plus, il établit que l'alarme du saturomètre n'était pas en fonction.

Ce n'est que dix minutes après avoir observé l'arrêt respiratoire que l'infirmière avise l'anesthésiste. Ce dernier s'inquiète davantage de la bradycardie et administre de l'atropine. Il tente à de multiples reprises de réintuber la patiente. À l'évidence, la ventilation n'est pas efficace, mais l'anesthésiste insiste pour intuber la patiente. Ses efforts restent sans résultat, car la mâchoire est rigide et les dents serrées. Or, l'usage d'un curare aurait probablement permis de venir à bout de la rigidité observée au niveau de la mâchoire ou d'un éventuel laryngospasme. Ce n'est que 35 minutes après l'arrêt respiratoire que l'on appelle le 9-1-1. Rien dans la réanimation ne s'est fait de façon instinctive, à commencer par les manœuvres de base telles que le massage cardiaque

qu'on a amorcé beaucoup trop tardivement et la médication de réanimation qui n'a été donnée qu'à l'arrivée du personnel d'Urgences-santé.

L'obstruction dont a été victime la patiente est le résultat de causes multiples, dont les effets anesthésiques résiduels, l'œdème cervical secondaire à la chirurgie et les pansements compressifs ou un laryngospasme. Par ailleurs, le coroner souligne que la patiente était en hypothermie à son arrivée à l'hôpital. Au cours de la chirurgie qui a duré près de sept heures, sa température n'a pas été prise. Négliger cet aspect a fortement contribué aux complications postintervention. De plus, la patiente a reçu du fentanyl intraveineux, un narcotique analgésique qui peut favoriser une dépression respiratoire. L'action concomitante du fentanyl avec un agent anesthésiant et bloquant neuromusculaire curarisant est particulièrement à risque, ce qui constitue une raison supplémentaire pour décourager un usage peropératoire ou postopératoire.

Enfin, le coroner souligne que la Clinique de chirurgie esthétique Notre-Dame ne possède pas de permis d'établissement. Or, l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule qu'un cabinet privé de professionnel échappe à la définition d'établissement à la condition expresse qu'il n'offre pas de services d'hébergement. Dans la mesure où les chirurgies proposées à cette clinique sont suffisamment importantes pour prévoir un séjour de 24 heures, il faudrait s'assurer que la définition d'hébergement à laquelle fait référence la loi lui en donne le droit.

Recommandations

Que le ministre de la santé et des services sociaux :

- clarifie le statut de la Clinique de chirurgie esthétique Notre-Dame et les autres cliniques semblables au regard de l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

Que l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec :

- incite ses membres propriétaires de cliniques privées à se soumettre à un processus d'agrément dûment reconnu;
- entre en contact avec un des organismes d'agrément reconnus au Québec, afin d'élaborer un programme qui s'applique spécifiquement aux besoins des cliniques de chirurgie plastique et esthétique du Québec.

Que le syndic du Collège des médecins du Québec :

- évalue la qualité de l'acte médical et la tenue de dossier durant l'anesthésie et durant la réanimation.

Que la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec :

- statue sur une formation obligatoire à intervalles réguliers avec simulateurs d'anesthésie à haute définition pour tous ses membres spécialistes en anesthésie, en vue d'assurer le maintien des compétences en gestion de situations critiques;
- évalue la qualité de cette formation dans le but de valider cet instrument pour des objectifs d'évaluation.

Que l'Association des anesthésiologistes du Québec :

- sensibilise ses membres au risque que comporte l'utilisation du fentanyl en libération prolongée pour des patients autres que ceux souffrant de douleurs chroniques;

- élabore pour ses membres un programme de formation continue sur l'utilisation de simulateurs à haute définition qui s'inspire du cours américain *Anesthesia Crisis Resource Management*.

Que le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec:

- évalue la qualité de l'acte infirmier, particulièrement au regard du délai dans le diagnostic infirmier, du délai à faire appel au spécialiste, de la tenue du dossier et des interventions effectuées en salle postopératoire avec un patient extubé mais toujours inconscient.

Que la Clinique de chirurgie esthétique Notre-Dame :

- s'assure que tout son personnel médical et infirmier est formé en techniques de réanimation;
- mette en place un protocole en cas d'urgence qui prévoit de faire appel sans délai au 9-1-1.

21-Avis / Dossier : 120962

Date de l'événement : 13 septembre 2003

Événement : Une femme de 60 ans décède d'une dépression respiratoire d'origine iatronique reliée à la prise d'oxycodone et d'oxazépam.

La victime présentait des symptômes d'ostéo-arthrite cervicale. Un pincement nerveux au niveau C6-C7 était, entre autres, documenté. Elle était alors traitée avec des anti-inflammatoires et des narcotiques. Quatre jours avant son décès, sa médication avait été changée, passant de Percocet, un comprimé deux fois par jour, à une prescription d'OxyContin de 40 mg aux 12 heures. Le Percocet contient, entre autres, 5 mg d'oxycodone. Avec cette nouvelle médication, la dose quotidienne était quadruplée. Or, les opiacés sont surtout des dépresseurs de la respiration. Ainsi, au cours de son sommeil, la victime est tombée en narcose au dioxyde de carbone et elle est décédée.

Par ailleurs, la femme se disait soulagée avec cette nouvelle médication. Toutefois, il n'est pas surprenant que ce soulagement soit accompagné d'effets secondaires significatifs comme les nausées et presque tous les autres effets indésirables des opiacés. Or, le deuxième jour du traitement avec l'OxyContin, la femme a fait part de ses effets secondaires à une pharmacienne qui lui a conseillé de prendre la médication en mangeant. Il est dommage que la pharmacienne ait considéré les nausées comme une intolérance à l'OxyContin plutôt qu'un symptôme d'intoxication. Elle lui aurait peut-être sauvé la vie en lui conseillant de faire diminuer la posologie du médicament.

Recommandation

Que le syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec et le syndic du Collège des médecins du Québec :

- renvoient ce dossier.

22-Avis / Dossier : 120698

Date de l'événement : 28 juillet 2003

Événement : Un homme de 61 ans, médecin à la retraite, décède d'un choc anaphylactique provoqué par une piqûre de guêpe sur le terrain de golf Venise, à Deauville.

L'homme était en possession d'EpiPen qu'il gardait dans son sac de golf. Il s'était procuré cette seringue d'épinéphrine auto-injectable en 1998, après avoir été piqué par des fourmis rouges au bras, ce dernier ayant enflé de façon inquiétante. Comme il était médecin, on présume qu'il s'est donné son injection correctement. D'après le fabricant, l'efficacité du produit devient aléatoire vingt mois après sa fabrication. En raison d'un délai de six mois entre sa fabrication et la vente au consommateur, le produit doit en gros faire l'objet d'un renouvellement aux douze mois. Or, la date d'expiration du produit utilisé par la victime était de cinq ans.

L'étude de Korenblat (1999) a démontré que plus du tiers des patients traités pour réaction anaphylactique ont eu besoin dans un délai rapide de plus d'une injection d'épinéphrine. C'est donc dire qu'il faudrait que les personnes à risques gardent sur elles deux injections plutôt qu'une. Depuis peu, au Canada, l'auto-injecteur Twinject offre la possibilité d'une seconde injection au besoin. De plus, le fabricant de ce produit, les Laboratoires Paladin, offre aux clients un mécanisme de rappel à l'expiration du médicament pour les inciter à le renouveler.

Par ailleurs, lorsque l'ambulance est arrivée au club de golf, personne n'était présent pour guider le conducteur. C'est l'épouse de la victime qui, apercevant les gyrophares de l'ambulance, s'est rendue au chalet pour diriger les ambulanciers paramédicaux au bon endroit. Or, les terrains de golf sont souvent isolés et fréquentés par une clientèle relativement âgée. Les administrateurs de terrains de golf doivent donc envisager la survenue d'événements cardiaques ou d'autres urgences et se préparer en conséquence.

Lorsque le préposé du Centre d'appels de sécurité publique de Sherbrooke a reçu l'appel, il a tenté d'obtenir l'adresse du club de golf, mais son interlocuteur n'était pas en mesure de la lui fournir pas plus que les indications pour s'y rendre. L'ambulance a donc été dépêchée sans itinéraire précis. Les ambulanciers, qui ne connaissaient pas le club de golf en question, ont choisi un trajet qui n'est malheureusement pas le plus court. Cela s'est traduit par un retard de sept minutes, en plus d'un autre délai de deux à trois minutes à leur arrivée au club de golf, car personne n'était là pour les accueillir.

En 2003, l'ancienne Ville de Magog a fusionné avec les autres municipalités environnantes. Subséquemment, le 9 mars 2004, une entente pour la desserte du territoire de la nouvelle Ville de Magog a été ratifiée avec le Service des incendies. Il subsiste néanmoins quelques aberrations qui doivent encore faire l'objet d'amendements dans le schéma de couverture de risques. Par exemple, le Club de golf Venise est en partie sur le territoire desservi par le Service de protection contre les incendies des incendies de la Ville de Sherbrooke et en partie sur le territoire de Magog. C'est donc dire que, pour un appel en provenance du chalet du club, sur le territoire de Magog, le Centre de

communication santé de l'Estrie fera appel au service des incendies de cette ville, mais un appel à partir d'un téléphone cellulaire pourrait être dirigé vers l'un ou l'autre des services des incendies.

Recommandations

Que le Club de golf Venise :

- élabore un code de procédure en cas d'urgence qui prévoit clairement les responsabilités de chacun. Il faut donc prévoir qui donnera les premiers soins et qui coordonnera les secours et escortera les premiers répondants et les ambulanciers paramédicaux vers la victime.

Que l'Association des terrains de golf du Québec :

- sensibilise ses membres à la nécessité de se préparer adéquatement pour faire face aux urgences médicales pouvant survenir sur un terrain de golf. Cette préparation requiert l'établissement d'un code de procédure, une formation minimale en premiers soins à l'intention du personnel et des clubs plus achalandés et l'achat d'un défibrillateur automatique externe.

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- priorise le projet en soins préhospitaliers par l'implantation de la technologie de répartition assistée par ordinateur et alloue rapidement les ressources nécessaires pour sa réalisation.

Que la Ville de Sherbrooke et la Ville de Magog :

- équipent les services de répartition de terminaux pour que les premiers répondants de terminaux puissent profiter de la répartition assistée par ordinateur lorsqu'elle sera mise en place au sein du Centre de communication santé de l'Estrie.

Que le Service de protection contre les incendies de la Ville de Sherbrooke et le Service incendie de la Ville de Magog :

- s'entendent sur un schéma de couverture de risques précisant clairement lequel des deux sera appelé à desservir, en cas d'urgence, des endroits couvrant les deux territoires tel le club de golf Venise;
- complètent les formations et mettent en service, si cela n'est déjà fait, les défibrillateurs automatiques externes pour leurs équipes de premiers répondants ainsi que la formation en anaphylaxie pour que les premiers répondants puissent administrer l'épinéphrine (protocole MED 17b)

Que la compagnie King Pharma Canada:

- offre à ses clients le même système de rappel à la date d'expiration de l'EpiPen qu'offre son homologue américain et les Laboratoires Paladin.

Que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

- sensibilise ses membres au traitement de l'anaphylaxie lors de ses activités de formation, en particulier :
 - à l'utilisation de la dose appropriée d'épinéphrine;
 - à la nécessité de prescrire le Twinject ou deux doses d'EpiPen pour les personnes à risque et de bien former celles-ci pour l'utilisation de l'auto-injecteur;
 - à la nécessité de réévaluer les B-bloquants déjà prescrits selon une évaluation individualisée des risques et des bénéfices et d'en bien informer le patient, afin qu'il puisse prendre une décision éclairée;

- à la possibilité d'administrer une immunothérapie du venin d'hyménoptère pour les personnes dont la prise de *B*-bloquants est jugée nécessaire;
- à la possibilité de prescrire du glucagon en plus de l'épinéphrine pour ces patients à risque, ce traitement étant indiqué en présence d'une réaction anaphylactique réfractaire à l'épinéphrine.

Que les centres de communication santé du Québec :

- reçoivent le présent rapport d'investigation et en prennent connaissance.

23-Avis / Dossier : 118900, 118523

Date de l'événement : 15 février 2003

Événement : **Enquête publique portant sur deux décès survenus en pratiquant une activité de glisse en 2003.**

Le premier décès est survenu lors d'une descente en ski alpin à la station de ski Mont-Bélu. Skieur débutant, le jeune homme a perdu l'équilibre sur une piste de ski alpin, l'a quittée et est allé percuter un arbre qui se trouvait en bordure de la piste. Le skieur allait à une vitesse supérieure à 30 km/h, dans des conditions printanières de neige collante, avec ses nouveaux skis paraboliques qu'il n'avait utilisés qu'à six occasions. Il ne portait pas de casque protecteur.

Selon le coroner, cet accident est lié à un manque d'expérience du skieur et non à sa témérité. Une meilleure connaissance des techniques de base et des particularités de ses skis paraboliques lui aurait permis de mieux réagir et de rétablir tout probablement sa course, limitant ainsi les risques d'accident. Même si le port du casque n'a pas pu empêcher son décès compte tenu de la force de l'impact, cette mesure de protection demeure essentielle à la pratique de ce sport.

Le deuxième décès est survenu lors de l'exécution d'un saut dans le parc à neige du Centre récréotouristique de Montjoye. Le jeune homme était considéré comme un surfeur intermédiaire en descente mais comme un débutant pour l'exécution de sauts dans les parcs à neige. Il a tenté d'exécuter une série de trois sauts de grande taille (type Big Air). Il a réussi le premier saut, tout en prenant beaucoup de vitesse. Il a continué pour enchaîner avec le deuxième saut, mais n'a pas ralenti sa course lors de sa manœuvre d'approche. Dans les airs, son corps a tourné. Il a été projeté haut et loin. Il a dépassé la zone de réception, c'est-à-dire la zone qui est plus en pente, pour que le surfeur puisse glisser et amortir son saut. Il a atterri sur une inclinaison de 12°, perpendiculaire à la ligne de descente, et le côté de sa planche a mordu dans la neige. Il a été projeté tête première dans la neige, le cou replié sur sa poitrine. Il est décédé d'une dissociation craniospinale.

C'est la zone de réception du deuxième saut qui peut expliquer la sévérité des blessures du surfeur. Cette zone était trop courte et ne laissait aucune place à l'erreur; les sauts étaient à risques de blessures même pour les experts. Le décès de ce jeune homme, tout comme de nombreux traumatismes survenus dans les parcs à neige, aurait pu être évité.

Recommandations

Que le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport :

- travaille avec le milieu à l'élaboration de normes pour les parcs à neige notamment des normes techniques sur la construction, l'aménagement et l'entretien des modules (sauts);
- inspecte annuellement tous les parcs à neige et fasse cesser toutes les situations dangereuses;
- se dote d'un échéancier pour réaliser les actions recommandées par le présent rapport (l'élaboration de normes techniques, la modification du guide de 2005, l'inspection des stations de ski et la réglementation, s'il y a lieu);
- rende les normes obligatoires par règlement si le guide 2005 n'est pas modifié ou que sa version modifiée n'est pas appliquée par toutes les stations de ski du Québec;
- crée un forum permanent (comité mixte) auquel siègeraient, notamment, les responsables du dossier ski au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, l'Association des stations de ski du Québec, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, le directeur national de la santé publique, les fédérations sportives (notamment Surf des neiges Québec), les organisations de patrouille (notamment la Patrouille sur skis Saint-Jean et la Patrouille canadienne de ski), les organismes ayant pour mandat la formation (notamment l'Alliance des moniteurs de ski du Canada, les Programmes d'enseignement sportif du Québec, l'Alliance des moniteurs de surf du Québec), des adeptes ainsi que des représentants de l'industrie. Ce comité mixte devrait avoir pour mandat de poursuivre et d'approfondir la réflexion concernant les traumatismes survenus dans les parcs à neige et sur les pistes de ski alpin ainsi que les mesures à prendre afin d'en diminuer le nombre et la sévérité;
- évalue périodiquement le taux de port du casque protecteur et, devant l'éventuel constat d'un faible taux de port du casque, adopte un règlement afin de le rendre obligatoire;
- veille à ce que des représentants du Québec participent au comité de la Canadian Standards Association ayant comme mandat d'élaborer une norme canadienne pour les casques.
- crée un comité réunissant, notamment, des représentants du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, l'Association des stations de ski du Québec, certaines stations de ski, le ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des soins préhospitaliers), l'Institut national de santé publique du Québec, le directeur national de la santé publique, les fédérations sportives (notamment Surf des neiges Québec), les organisations de patrouille (notamment la Patrouille sur skis Saint-Jean et la Patrouille canadienne de ski), les organismes ayant pour mandat la formation (notamment l'Alliance des moniteurs de ski du Canada, les Programmes d'enseignement sportif, l'Alliance des moniteurs de surf du Québec), afin de s'assurer de la qualité et de l'uniformité des interventions qui sont faites auprès des blessés dans des stations de ski. Le comité devrait notamment se pencher en priorité sur les sujets suivants :
- comment assurer une rétroaction et une évaluation des actions des patrouilleurs lors d'accidents graves;

- comment assurer que les documents didactiques proposés par les organisations de patrouille sont conformes aux directives du Québec pour les soins préhospitaliers;
- quels renseignements devraient être communiqués au grand public concernant les mesures à prendre lors d'accidents avec blessés.

Que l'Association des stations de ski du Québec :

- amende le guide de 2005 selon les commentaires du ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Que toutes les stations de ski du Québec qui possèdent un parc à neige :

- appliquent le guide 2005 amendé;
- cessent d'offrir les activités liées au parc à neige si elles ne sont pas en mesure d'appliquer le guide;
- obligent minimalement le port du casque protecteur pour les enfants ayant moins de 12 ans sur les pistes et dans les parcs à neige, pour les adeptes de tous les âges dans les parcs à neige et lors de la formation;
- donnent des cours de figures libres aux adeptes fréquentant les parcs à neige par des moniteurs certifiés.

Que l'Association des stations de ski du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, le directeur national de la santé publique du Québec, les fédérations sportives, les organisations de patrouille et les organismes ayant pour mandat la formation :

- participent activement au comité mixte mis en place par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport qui a pour mandat de poursuivre et d'approfondir la réflexion concernant les traumatismes survenus dans les parcs à neige et sur les pistes de ski alpin et les mesures à prendre afin d'en diminuer le nombre et la sévérité;
- participent activement au comité mis en place par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport concernant les secours, les premiers soins et les soins préhospitaliers.

Que la National Snow Industries Association, l'Association des stations de ski du Québec, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que le directeur national de la santé publique :

- intensifient les mesures encourageant le port du casque.

Que les organisations de patrouille:

- obligent leurs membres à porter le casque afin de donner l'exemple.

Que l'Alliance des moniteurs de ski du Canada, les Programmes d'enseignement sportif du Québec, l'Alliance des moniteurs de surf du Québec :

- obligent les moniteurs et leurs élèves à porter le casque.

Que le groupe de suivi ministériel en traumatologie du ministère de la Santé et des Services sociaux ;

- révisé la directive *Prise en charge préhospitalière des traumatisés*.

Que le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, l'Association des stations de ski du Québec, les stations de ski du Québec, les fédérations sportives, les organisations de patrouille, les organismes ayant pour mandat la formation :

- continuent de faire connaître le *Code de conduite en montagne*;

- élaborent, conformément à l'article 46.12 de la *Loi sur la sécurité dans les sports*, les mesures raisonnables pour assurer le respect du *Code de conduite en montagne*;
- promeuvent les cours de formation sur les pistes et dans les parcs.

24-Avis / Dossier : 115474, 115475, 115476, 115477

Date de l'événement : 23 juin 2002

Événement : Le 23 juin 2002, le *Lady Duck*, un camion transformé en véhicule amphibie à bord duquel avaient pris place dix passagers, a sombré. Quatre passagers sont décédés.

Il appert d'abord que l'amphibie a été mal conçu et mal construit. Même les règles de l'art semblent avoir été ignorées. Le *Lady Duck* était aussi mal entretenu et présentait beaucoup trop de défauts graves (il n'était notamment pas étanche et ses pompes de cale fonctionnaient peu ou pas du tout). Il n'aurait jamais dû servir à des excursions nautiques. Une réglementation et des inspections inadéquates ont néanmoins permis sa mise en service en 2001 et en 2002.

Par ailleurs, son capitaine n'a pas été capable de réagir de façon rapide et efficace à l'accumulation d'eau qui diminuait dramatiquement le franc-bord du véhicule. Sa perception du danger a été retardée par sa méconnaissance des caractéristiques techniques de l'amphibie de même que par l'absence d'une alarme de niveau d'eau.

La réaction des membres d'équipage à laquelle s'est ajoutée la vitesse de l'immersion n'ont pas permis une évacuation organisée et rapide des passagers. En effet, dirigés par le capitaine vers l'arrière du véhicule et non informés par leur guide du fait que les fenêtres du camion pouvaient servir de sorties de secours, les touristes paniqués ont tenté de sortir, par où ils avaient embarqué, soit la petite ouverture laissée par la rampe levée.

Les premières personnes arrivées sur les lieux du naufrage ont été les occupants des bateaux de plaisance qui avaient été témoins de l'incident. Ils ont composé le 9-1-1 avec leurs téléphones cellulaires pour informer les autorités civiles du naufrage. Le mayday envoyé par le capitaine du *Lady Duck* juste avant que l'amphibie sombre n'était que peu susceptible d'avoir été entendu par celles-ci. La coroner s'est dite en effet étonnée d'apprendre qu'il ne se fait aucune écoute systématique de la voie 16 des urgences dans la région ni par la Garde côtière canadienne ni par d'autres personnes.

Ce qui a le plus frappé la coroner dans les opérations de sauvetage, ce sont les difficultés de communication entre les intervenants québécois (pompiers, policiers ambulanciers), mais également entre eux et leurs vis-à-vis ontariens. Or, plusieurs intervenants ont souligné durant l'enquête l'importance, dans des opérations semblables, de l'échange de renseignements. Ils ont également souhaité, pour de tels cas, la mise sur pied d'un poste de commandement unique.

Quelques années s'étant écoulées depuis ce naufrage, les choses ont heureusement évolué. La coroner souligne à cet effet les modifications faites par Transports Canada pour

resserrer les exigences et les contrôles notamment sur les petits bâtiments commerciaux et les efforts conjoints des autorités des villes de Gatineau et d'Ottawa pour une sécurité nautique accrue. Par ailleurs, elle adresse à la fin de son rapport quelques recommandations à la Ville de Gatineau et à la compagnie *Amphibus Lady Dive inc.* afin d'améliorer la protection de la vie des personnes qui circulent sur la rivière des Outaouais.

Recommandations

Que la Ville de Gatineau :

- maintienne sa participation à un comité régional conjoint de sécurité aquatique;
- élabore des protocoles communs d'intervention d'urgence nautique;
- travaille à l'amélioration des communications radio entre ses propres services municipaux (sur la terre ferme et sur l'eau), mais aussi entre ces derniers et les services d'Ottawa;
- prenne les mesures nécessaires pour que la voie 16, réservée aux urgences, soit écoutée de façon régulière.

Que Parcs Canada :

- informe les plaisanciers à l'écluse de Carillon qu'ils sortent de la zone de couverture de la Garde côtière canadienne et qu'ils doivent acheminer leur appel de détresse vers une centrale 9-1-1.

Que la compagnie *Amphibus Lady Dive inc.* :

- forme régulièrement ses employés à tous les aspects liés à la sécurité;
- prévoie dans des procédures écrites l'obligation pour les guides touristiques de tenir, à l'intention des passagers, une séance sur l'utilisation des gilets de sauvetage ou des vêtements de flottaison et donne l'information claire sur les sorties de secours;
- affiche dans les embarcations et distribue aux passagers des feuillets sur lesquels sont clairement décrites toutes les mesures de sécurité applicables en cas d'urgence;
- exige de ses capitaines une connaissance approfondie des caractéristiques mécaniques de l'embarcation qu'ils pilotent, de même que de la topographie du cours d'eau sur lequel ils naviguent.

25-Avis / Dossier : 131483

Date de l'événement : 13 mars 2006

Événement : Un agent des services correctionnels se suicide par arme à feu, à l'Établissement de détention de Sherbrooke.

À son arrivée à l'établissement de détention, l'homme s'est dirigé vers l'armurerie, dont il était responsable. Un collègue a entendu un coup de feu et a trouvé la victime assise sur une chaise, une arme de poing à ses pieds.

Un appel est fait au 9-1-1. Aucune manœuvre de réanimation n'a été entreprise jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.

Recommandations

Que l'Établissement de détention de Sherbrooke :

- diffuse une directive à ses employés leur demandant d'entreprendre des manœuvres de réanimation auprès de toute personne trouvée inanimée et ce, le plus rapidement possible.
- donne ou fasse suivre à ses employés une formation adéquate pour entreprendre des manœuvres de réanimation.

26-Avis / Dossier : 131413

Date de l'événement : 6 mars 2006

Événement : Un homme de 25 ans se suicide par arme à feu, à Saint-Joseph-de-Ham-Sud.

La victime a été vue vivante pour la dernière fois deux jours auparavant. Elle est trouvée dans le garage par sa mère, le visage ensanglanté, une arme à feu à ses côtés. Les ambulanciers appelés sur les lieux ont refusé de transporter le corps, prétextant un cas de mort évidente.

Toutefois, selon le coroner, ce décès ne correspondait pas aux critères de mort évidente établis par la loi pour déclarer une mort évidente.

Recommandations

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- révisé l'intervention ambulancière effectuée dans ce cas;
- diffuse aux techniciens ambulanciers le *Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents* et leur donne l'information adéquate concernant les cas de mort évidente et le transport des personnes présumées vivantes.

27-Avis / Dossier : 130480

Date de l'événement : 8 décembre 2005

Événement : Un homme dépressif de 61 ans se suicide en se jetant du pont Benoît-IX, à Laval.

Un premier témoin avise le 9-1-1 qui dépêche la Garde côtière canadienne. L'incident est survenu à 10 h 30 et il faut compter une heure quinze minutes avant que le corps soit repêché. Les ambulanciers commencent la réanimation à 11 h 40 avec massage cardiaque, ventilation par ambu et collet cervical. Le médecin procède à l'intubation endotrachéale. Il s'assure par la suite que la manœuvre a donné les résultats escomptés au moyen d'un test calorimétrique de dépistage du CO₂, lequel est jaune. Cette couleur permet au médecin d'être relativement certain qu'il est au bon endroit dans la trachée. Toutefois, à 11 h 52, à l'arrivée à l'urgence du Centre hospitalier Fleury, on constate que l'extrémité du tube endotrachéal se trouve au niveau de l'œsophage.

Par ailleurs, la température rectale est de 26,7 °C. Pour réchauffer le patient, on utilise des solutés réchauffés et une couverture chaude (11 h 57), des lavages vésicaux avec de l'eau

chaude (12 h 10), un matelas chauffant (12 h 28). La température s'élève lentement et ne grimpe pas au-delà de 28,5 °C. Au moment du constat de décès à 13 h 51, la température rectale indique 28,2 °C. Le coroner souligne l'incapacité pour l'équipe soignante à l'urgence de mettre en place les modalités pour réchauffer le corps, étant loin de la température normale de 36 °C, malgré une réanimation qui se prolonge pendant près de deux heures.

Recommandations

Que la Corporation d'Urgences-santé :

- étudie la pertinence de fournir à ses employés un vérificateur de position oesophagienne (VPO) plutôt qu'un détecteur calorimétrique de dioxyde de carbone.

Que le Centre hospitalier Fleury :

- révise ses procédures et protocoles de traitement dans les cas d'hypothermie;
- fasse l'inventaire de son équipement afin d'assurer qu'il réponde aux standards en vigueur.

28-Avis / Dossier : 128973

Date de l'événement : 13 août 2005

Événement : Une femme de 35 ans se suicide par intoxication médicamenteuse à son domicile, à Morin Heights.

Les ambulanciers appelés sur les lieux informent les policiers qu'il s'agit d'une mort apparente. Les policiers protègent la scène au motif de mort suspecte. Peu de temps après, les ambulanciers sont demandés de nouveau pour qu'un médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme constate le décès.

Le coroner précise que les protocoles préhospitaliers mis en place dans les cas de mort apparente ne prévoient aucunement de retard dans le transport à la demande des policiers.

Recommandations

Que la Sûreté du Québec MRC Les-Pays-d'en-Haut :

- adresse à son effectif une directive selon laquelle, en cas de mort apparente, le constat médical de décès doit se faire sans délai.

Qu'Ambulances Michel Crevier inc. :

- demande à son personnel de rester sur les lieux d'un événement impliquant une mort apparente et insiste pour que le corps soit transporté sans délai afin que le décès soit constaté par un médecin.

29-Avis / Dossier : 133569

Date de l'événement : 15 mars 2006

Événement : Un homme de 47 ans décède d'une arythmie cardiaque maligne secondaire à une insuffisance coronarienne aiguë probable, au Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (CSSSG).

L'homme s'est affaissé en arrêt cardio-respiratoire après une joute de hockey, à l'aréna Beaudry, à Gatineau. Un appel est fait immédiatement au 9-1-1, et des manœuvres de réanimation sont entreprises par des témoins. Les policiers arrivent sur les lieux dix minutes après l'appel d'urgence, suivis des ambulanciers, deux minutes plus tard. Les ambulanciers administrent un choc cardiaque à l'aide du moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA). Toutefois, le cœur ne présente plus aucun rythme traitable par choc électrique. L'homme est transporté vers le CSSSG où, malgré des manœuvres de réanimation intensives, on ne peut que constater son décès.

Selon la littérature médicale, le temps de réponse dans les secteurs urbains devrait être inférieur à 8 minutes pour 90 % des appels. Pourtant, aucune norme n'a encore été adoptée à ce sujet au Québec. Par ailleurs, il est reconnu que la défibrillation précoce augmente les chances de survie des victimes d'arrêt cardiaque.

De plus, le coroner souligne que le gouvernement ontarien a délégué à la Ville d'Ottawa en 1999 l'organisation et le financement des services paramédicaux. La Ville a choisi de mettre en place des MDSA et des défibrillateurs externes automatiques (DEA) dans la plupart des édifices municipaux et dans des unités mobiles. Cette mesure a contribué à sauver la vie de 22 personnes. À Gatineau, on trouve des MDSA dans chacune des ambulances en service et des DEA seulement dans cinq édifices publics.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- adopte un règlement permettant l'usage des défibrillateurs par la population préalablement formée, abrogeant ainsi l'usage exclusif réservé aux médecins.
- prenne connaissance de ce rapport ainsi que du rapport A-136960 qui formule des recommandations similaires à ce cas-ci;
- adopte les objectifs fixés par le rapport Dicaire de décembre 2000 quant au temps de réponse des services préhospitaliers (8 min en centre urbain pour 90 % des appels) et diffuse une directive opérationnelle à cet effet pour tout le Québec;
- oblige les agences de la santé et des services sociaux à rendre des comptes en produisant annuellement un rapport sur les interventions préhospitalières, plus particulièrement le temps de réponse moyen des services d'urgence de leurs territoires et des moyens envisagés pour améliorer la situation si les normes ne sont pas respectées;
- encourage les municipalités, lorsque la loi permettra l'usage de défibrillateurs par le public, à placer des appareils dans des endroits jugés « à risque » qu'il s'y produise des arrêts cardiaques fréquents et débloque des fonds à cet effet.

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais :

- voie à la mise en place d'une centrale de répartition ambulancière qui utilisera un système de classification reconnu des appels, tel Clawson, et qui informera les instances régionales ou provinciales des délais dans les différentes catégories d'appels;
- favorise la mise en place des défibrillateurs externes automatiques sur son territoire dans des endroits ciblés, c'est-à-dire à haut risque qu'il s'y produise un arrêt cardiaque, lorsque la loi permettra l'usage de MDSA et de DEA par d'autres personnes que les ambulanciers et les médecins.

Que la Coopérative des paramédics de l'Outaouais :

- mette des mesures en place pour réduire les délais d'intervention qui sont encore, en moyenne, trop longs pour l'Outaouais urbain.

Que la Ville de Gatineau, lorsque la loi permettra l'usage de DEA par d'autres personnes que les ambulanciers et les médecins :

- munisse tous les véhicules de patrouille de la sécurité publique de Gatineau de DEA et forme les patrouilleurs sur leur utilisation;
- munisse de DEA certains édifices municipaux jugés « à risque » qu'il s'y produise des arrêts cardiaques fréquents, tels les complexes sportifs et les centres communautaires, et forme progressivement les employés municipaux qui sont appelés à travailler dans ces édifices;
- favorise l'implantation de DEA dans les édifices et commerces privés désireux de le faire.

30-Avis / Dossier : 130766

Date de l'événement : 31 décembre 2005

Événement : Un homme de 39 ans, souffrant d'une cardiomyopathie, décède d'une arythmie cardiaque majeure, en lien avec des lésions circonférentielles sous-épicaudiques du ventricule gauche.

L'homme se trouvait dans une salle de réception pour fêter la fin de l'année. Après un épisode de palpitations, il s'est effondré sur la piste de danse. Immédiatement, les secours ont été appelés, et des personnes sur place ont entrepris les manœuvres de réanimation. Une femme médecin présente a pris les choses en mains. Dix minutes se sont écoulées entre l'arrêt cardiaque et l'arrivée des ambulanciers.

Les ambulanciers ne peuvent que rarement arriver assez vite (à l'intérieur de cinq minutes) auprès d'un patient. Or, des défibrillateurs externes automatisés, simples et peu coûteux, ont été conçus pour une utilisation par des non-professionnels et sont de plus en plus utilisés dans les lieux publics. La Corporation d'Urgences-santé offre d'ailleurs de l'aide aux personnes qui désirent être formées à l'utilisation de l'appareil et a mis sur pied un programme d'accès public à la défibrillation externe automatisée.

Au Québec, la défibrillation est un acte médical, mais le Collège des médecins du Québec permet que des non-médecins effectuent la défibrillation en présence d'un médecin responsable de l'assurance qualité des actes accomplis. De plus, une modification réglementaire permettant de rendre le défibrillateur plus accessible serait en voie d'être

adoptée. Elle permettrait aux personnes qui ont reçu une formation adéquate de procéder à une défibrillation sans avoir à conclure une entente médicale.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- mène de l'avant son projet d'amendement rendant ainsi possible l'utilisation de défibrillateurs par des non-professionnels.

Que le Collège des médecins du Québec :

- informe ses membres de l'importance de se familiariser avec les caractéristiques particulières des défibrillateurs semi-automatiques utilisés par les techniciens ambulanciers;
- favorise l'utilisation de défibrillateurs externes automatisés par des gens formés, et ce, sans soutien médical.

Que la Régie des alcools, des courses et des jeux du Québec étudie la possibilité, avant de délivrer un permis :

- d'exiger que les établissements se procurent un défibrillateur externe automatisé (DEA);
- d'exiger que sur place, en tout temps, il y ait des personnes formées en réanimation cardiorespiratoire et à l'utilisation d'un défibrillateur.

Que le ministre du Travail :

- fasse amender le *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (c.A-3, r.8.2)*, afin d'y inclure l'obligation pour certains établissements d'avoir des appareils de défibrillation et du personnel formé à leur utilisation.

31-Avis / Dossier : 130340

Date de l'événement : 29 novembre 2005

Événement : Une jeune femme de 15 ans décède d'une anoxie cérébrale secondaire à une crise d'asthme aiguë.

La jeune femme était reconnue comme étant asthmatique depuis son très jeune âge. Elle était vue régulièrement en pédiatrie pour son asthme et ses allergies alimentaires, au pollen et à certains animaux. Au moment des événements, on croyait à un choc anaphylactique à la suite d'un baiser de son ami qui avait consommé du beurre d'arachides. Or, selon une récente étude, les protéines d'arachides persisteraient dans la salive jusqu'à 4,5 heures après l'ingestion. Dans cette étude, la majorité des cas (6 personnes sur 7) avaient des niveaux de protéines d'arachides indétectables dans la salive après une heure. Dans le présent cas, l'ingestion de beurre d'arachides environ 9 heures avant un éventuel baiser, entraînant une dyspnée mortelle, paraît fort improbable pour le coroner.

Au Québec, on estime que l'asthme est directement responsable d'environ 150 décès annuellement et qu'il est en progression. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean est la région ayant le plus haut taux de morbidité relié à l'asthme. C'est également la région où le taux d'hospitalisation dû à l'asthme est parmi les plus élevés au Québec et où les habitants ont aussi davantage recours aux médicaments.

Une autre problématique concerne l'éducation et la prévention des réactions allergiques. Aucun des jeunes présents au moment des événements n'était au courant que la victime était allergique aux arachides et qu'elle possédait un auto-injecteur d'adrénaline (Épipen) dans son sac à dos. Les adolescents représentent, d'après la communauté médicale proche du domaine des allergies alimentaires et de l'anaphylaxie, les personnes les plus à risque de réactions graves. En effet, leur sentiment d'invincibilité, leur nouvelle indépendance et leur résistance à se différencier de leurs pairs, font en sorte qu'ils prennent plus de risques.

Finalement, devant un bronchospasme sévère, le coroner se demande s'il devrait y avoir utilisation de l'auto-injecteur d'adrénaline en premier lieu, soit avant les bronchodilatateurs. La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique suggère que, dans le cas d'une réaction anaphylactique suspectée et devant la possibilité qu'il puisse s'agir d'une crise d'asthme, il faut d'abord utiliser l'épinéphrine. Le coroner croit que cette question devrait être débattue par les spécialistes des domaines concernés.

Recommandations

Que l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean ainsi que celles des autres régions du Québec :

- mettent sur pied, avec l'aide des différents intervenants du domaine de l'asthme, un programme d'éducation, de sensibilisation et de prise en charge des patients asthmatiques de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean ainsi que des autres régions du Québec.

Que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- unissent leurs efforts afin d'élaborer un programme de sensibilisation et de prévention traitant des allergies alimentaires chez les jeunes comprenant des brochures qui seraient distribuées dans les écoles du Québec.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Collège des médecins du Québec :

- organisent une consultation auprès des spécialistes des domaines concernés, afin d'évaluer la pertinence d'utiliser, en première ligne, l'auto-injecteur d'adrénaline, lors d'un bronchospasme sévère pouvant causer la mort chez les asthmatiques porteurs d'allergies alimentaires.

32-Avis / Dossier : 129164

Date de l'événement : 9 mai 2004

Événement : Une femme de 64 ans décède d'une maladie cardiaque athérosclérotique importante et d'une cardiomyopathie hypertensive.

Trouvée inconsciente chez elle, un appel est fait au 9-1-1. Un premier répondant arrivé sur les lieux a installé un défibrillateur. Il entreprend les manœuvres de réanimation selon le protocole MED-1 et le défibrillateur n'amorce pas de choc. Durant le transport ambulancier, les manœuvres de réanimation se poursuivent et un choc est donné. À l'arrivée à l'Hôpital du Haut-Richelieu, un combitube est mis en place et les manœuvres avancées de réanimation débutent, mais sans succès.

Lors de l'autopsie, on découvre, entre autres, de multiples fractures de côtes ainsi que d'importantes lésions hépatiques. Pour le coroner, ces lésions et fractures peuvent être secondaires au massage cardiaque. Toutefois, il est inhabituel de visualiser des lésions aussi importantes au foie.

Recommandation

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie :

- vérifie la formation des premiers répondants et des techniciens ambulanciers, afin de s'assurer que les manœuvres de réanimation sont faites de façon adéquate.

33-Avis / Dossier : 130298

Date de l'événement : 23 novembre 2005

Événement : Un homme de 34 ans décède d'une acidocétose à la suite d'une décompensation du diabète insulino-dépendant.

Quelques jours avant son décès, la victime avait exprimé à ses parents qu'elle avait modifié ses médicaments parce qu'ils ne lui convenaient pas. De plus, l'homme démontrait un comportement bizarre et avait été averti à deux reprises par la concierge. Il est permis de croire qu'il a tout simplement cessé de prendre ses médicaments.

Par ailleurs, une première équipe de techniciens ambulanciers de la compagnie Les ambulances Sherbrooke inc. est arrivée sur les lieux et a entrepris des manœuvres de réanimation, sans succès. Il y avait mort apparente et les techniciens ambulanciers ont quitté les lieux sans procéder au transport du corps. À la demande expresse du coroner, une deuxième équipe de techniciens ambulanciers s'est présentée et a transporté la victime à l'hôpital pour le constat de décès.

Au Québec, une personne est présumée vivante tant et aussi longtemps que son décès n'a pas été constaté par un médecin. Or, dans le présent cas, il n'y avait pas de signe de mort évidente mais plutôt de mort apparente. Les ambulanciers se devaient de transporter le corps à l'hôpital afin que le constat de décès soit fait par un médecin.

Recommandation

Que la compagnie les Ambulances de l'Estrie :

- adopte une directive très claire dans le cas de mort apparente, soit d'entreprendre toute manœuvre de réanimation jusqu'à ce qu'un médecin constate le décès ou qu'il autorise l'arrêt des manœuvres et ordonne le transport par ambulance jusqu'à un centre hospitalier pour procéder au constat officiel du décès.

34-Avis / Dossier : 130008

Date de l'événement : 11 octobre 2005

Événement : Un jeune homme de 19 ans, atteint de schizophrénie paranoïde, décède d'une exsanguination à la suite d'une automutilation au couteau.

Le 7 septembre 2005, le dossier médical de l'Hôpital Fleury ne fait pas état de dangerosité pour lui ou pour les autres et est peu révélateur de l'état général du patient. La

médication semble être diminuée. Cliniquement, la famille déclare que l'état général de la victime se détériore avec changement du regard. Elle apparaît dans sa bulle et ne dort pas. Il est de l'opinion des proches que le jeune homme ne prend pas sa médication. Il est convenu que la mère surveillera la prise de sa médication, mais à l'occasion il la recrachera.

À la fin de septembre 2005, soit deux semaines avant son décès, l'homme ne veut pas se présenter à son rendez-vous avec la travailleuse sociale. La famille avise donc les services psychiatriques de l'Hôpital Fleury qu'il serait souhaitable qu'un rendez-vous en psychiatrie ait lieu avant celui prévu en janvier 2006. On lui répond que le psychiatre ne le verra qu'à la date prévue et que, si le patient est en crise, elle doit communiquer avec les policiers et les ambulanciers. À ce moment, le jeune homme est souffrant et psychotique et est dangereux pour lui et pour les autres.

Le coroner se dit surpris que des professionnels refusent un rendez-vous d'urgence demandé par la famille. Ils n'ont pas de justification à se décharger leur responsabilité sur les proches en leur disant d'appeler les policiers et les ambulanciers si la situation se détériore. De plus, il précise que ce décès était évitable si un suivi plus serré avait été fait.

Recommandations

Que le directeur des services professionnels de l'Hôpital Fleury de Montréal :

- revoie ce dossier avec le chef du service de psychiatrie afin de l'analyser et d'effectuer le suivi nécessaire pour améliorer la qualité des soins.

Que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec :

- revoient l'intervention de leurs membres dans ce dossier.