

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2008

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 : 139808

Date de l'événement : 24 février 2008

Événement : Un homme de 62 ans décède des traumatismes subis à la suite d'un accident de véhicule tout-terrain (VTT) survenu sur le chemin des Courbes, à Lac-Saint-Paul,

L'homme, accompagné de sa conjointe comme passagère arrière, essayait de franchir un banc de neige en bordure du chemin. Durant cette montée, effectuée en accélération, le VTT s'est cabré et s'est renversé sur le conducteur. À l'arrivée des ambulanciers, environ trente minutes plus tard, la victime était en arrêt cardiorespiratoire et aucune manœuvre de réanimation n'avait été entreprise par les témoins. Les techniciens ambulanciers ont suivi le protocole d'arrêt des manœuvres. Après avoir documenté l'asystolie chez la victime à l'aide d'un moniteur cardiaque, un des techniciens ambulanciers annonce à la conjointe le décès de celle-ci. À l'arrivée des policiers, les techniciens ambulanciers les avisent que l'accidenté est décédé et que leur intervention est terminée.

Pour le coroner, il apparaît clair que quatre facteurs ont contribué à ce renversement : la vitesse (l'accélération, les charges et le déséquilibre des charges (conducteur + passager) sur un véhicule fabriqué pour un seul occupant et la pente abrupte de l'obstacle que le conducteur voulait franchir. Par ailleurs, la restriction sur la présence d'un passager sur un VTT existe depuis 1996. Le VTT impliqué avait été acquis à l'état neuf en 2000. Même si ce VTT était conçu pour ne transporter qu'une seule personne, un siège de passager faisait partie de l'équipement au moment de l'achat. Le coroner est incapable de s'expliquer comment il a été possible, en 2000, à un concessionnaire de vendre un tel VTT et au propriétaire de l'immatriculer et de l'assurer de 2000 à 2008.

Par ailleurs, la séquence des protocoles n'a pas été respectée. La séquence correcte des interventions aurait dû débuter par l'ABC de la réanimation. De plus, l'examen externe a révélé qu'il y avait obstruction mécanique complète de la bouche et du nez. On doit conclure que les techniciens ambulanciers ont suivi un protocole abrégé puisque aucune mention de l'obstruction n'apparaît dans leur rapport. De plus, la fin des protocoles correspond au transport de la personne présumée décédée vers un centre hospitalier. De plus, le coroner juge l'annonce du décès à la conjointe par le technicien ambulancier inapproprié. En effet, pour annoncer un décès, il faut qu'il soit d'abord constaté, et cette responsabilité appartient à un médecin.

Recommandations

Que le ministère des Transports du Québec :

- veille à une application plus stricte de l'article 21 de la Loi sur les véhicules hors route;
- s'interroge sur la recevabilité de l'immatriculation d'un VTT fabriqué pour un seul occupant auquel un siège de passager a été ajouté;
- fasse en sorte que l'étude complémentaire sur la présence d'un seul occupant sur un VTT, commandée par le ministère et annoncée pour le 11 mars 2008, contienne un chapitre particulier sur la mortalité associée à cette utilisation particulière d'un VTT.

Que le Bureau d'assurance du Canada :

- s'interroge sur l'assurance en responsabilités civiles d'un VTT fabriqué pour un seul occupant auquel on a ajouté un siège pour passager sans l'approbation du fabricant.

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

- examine l'intervention des techniciens ambulanciers sur la scène de l'accident, en matière de soins et d'application des protocoles.

Que les agences de la santé et des services sociaux du Québec :

- s'interrogent sur la déclaration de décès faite à une tierce personne par un technicien ambulancier avant que le décès soit constaté par un médecin;
- révise le protocole d'intervention préhospitalière d'urgence RÉA.3 (arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique).

Organisations / personnes visées

Bureau d'assurance du Canada

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Agences de la santé et des services sociaux du Québec

2-Avis / Dossier : 137846.

Date de l'événement : 3 septembre 2007

Événement : Un homme de 80 ans décède d'une hémorragie intracrânienne trois jours après avoir subi un accident mineur de la route, à Montréal.

La victime s'est heurté la tête, mais a refusé tout transport à l'hôpital malgré l'insistance des ambulanciers. Elle est rentrée chez elle après avoir signé un refus de traitement. Il semble que l'homme ait avisé les ambulanciers qu'il prenait des anticoagulants, mais rien de tel n'est inscrit dans leurs notes.

Pour le coroner, il est important que, lors du questionnaire que font passer les intervenants préhospitaliers, la prise possible d'anticoagulants soit vérifiée systématiquement et qu'une inscription soit faite au rapport d'intervention. Il s'agit d'un renseignement important autant pour les ambulanciers que pour l'hôpital où le patient peut être transporté.

Recommandation

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- fasse en sorte que la question de la prise d'anticoagulants soit examinée lors de la mise à jour des protocoles applicables par les services ambulanciers, afin qu'un meilleur service soit donné aux patients.

Organisation / personne visée

Ministère de la Santé et des Services sociaux

3-Avis / Dossier : 134626.

Date de l'événement : 18 novembre 2006

Événement : Une femme de 40 ans décède d'un traumatisme craniocérébral à la suite d'un accident de vélo, survenu à Rigaud.

La femme circulait à vélo et, pour une raison difficile à comprendre, elle est tombée sur la chaussée lorsqu'un véhicule la dépassait à sa gauche. La cycliste, qui ne portait pas de casque, a refusé le transport ambulancier et elle est retournée chez elle. Malgré l'insistance de son conjoint, la femme a encore refusé d'aller consulter. Les jours suivant cet événement, la victime avait des maux de tête ainsi que des pertes d'équilibre et de mémoire. Cinq jours après son accident, elle a été trouvée inconsciente et, en dépit des interventions médicales pratiquées, la victime n'a pas repris conscience. Selon le coroner, il est très probable que, si la victime avait porté un casque, les conséquences de cet accident, assez banal, auraient été beaucoup moins graves.

Recommandations

Que le directeur national de la santé publique :

- invite les directions régionales de la santé publique à sensibiliser la population sur l'importance de porter le casque protecteur à vélo.

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- poursuive et intensifie ses campagnes de sensibilisation sur l'importance de porter le casque protecteur à vélo.

Organisations / personnes visées

Directeur national de la santé publique

Société de l'assurance automobile du Québec

4-Avis / Dossier : 138809

Date de l'événement : 28 novembre 2007

Événement : Un homme de 25 ans, détenu à l'Établissement de détention Rivière-des-Prairies (EDRDP), décède d'une arythmie cardiaque maligne durant un état d'agitation psychomotrice.

L'homme vit avec sa mère. Dans la nuit du 20 novembre 2007, il se réveille en

panique. Sa mère accourt et tente de lui parler. Il est perdu, agité et ne semble pas comprendre ce qui se passe. Il est transporté par ambulance à l'Hôpital Santa Cabrini où l'examen général effectué par l'urgentologue semble normal. Aucune recherche de drogue n'est faite. Le médecin établit un diagnostic provisoire d'hyperventilation. Le patient reçoit son congé tôt le matin avec une médication appropriée et une relance à la clinique externe dans quatre jours. Le 23 novembre au soir, il est admis à l'Hôpital Maisonneuve Rosemont accompagné par la police après avoir menacé physiquement sa mère. À l'évaluation médicale, le patient ne coopère pas et il a les yeux hagards. Le médecin est informé qu'il a résisté à son arrestation et il soulève la possibilité d'une réaction adverse aux drogues. Il le libère de l'urgence en croyant qu'il sera vu le matin en psychiatrie après sa comparution. L'homme est amené par la police au début de la nuit du 24 novembre au Centre opérationnel est du Service de police de la Ville de Montréal où des accusations de voies de fait graves sont portées contre lui. Vers 9 h 15, on l'amène au Centre opérationnel nord pour une vidéocomparution de deux minutes. En fin d'après-midi, il est transféré à l'EDRDP où il sera placé sous contention en cellule d'isolement après avoir tenté de s'étrangler avec les courroies de la chemise antisuicide.

Le 26 novembre, il comparaît au palais de Justice de Montréal. Une ordonnance d'évaluation de l'aptitude et de la responsabilité criminelle est demandée à l'Institut Philippe-Pinel (IPP) par le juge. L'homme est agité et agressif au cours de la soirée et de la nuit du 27 novembre. En fin d'avant-midi le 27, le détenu est vu par un psychiatre consultant de l'IPP qui réitère l'importance d'admettre le détenu à l'IPP dans les plus brefs délais. Faute de place, le transfert est organisé pour le lendemain matin et le détenu retourne dans sa cellule.

Dans la nuit du 28 novembre, le détenu est très agité et doit être mis sous contention. Comme il oppose une forte résistance aux agents, ces derniers utilisent des points de pression pour l'immobiliser le temps d'installer les contraintes. Lorsque la dernière contention est installée et que le détenu est sur le dos, il devient soudainement immobile, il a les yeux révulsés et ne respire plus. Des manœuvres de réanimation sont entreprises et poursuivies à l'Hôpital Santa Cabrini. Son décès est constaté peu de temps après son admission.

Recommandations

Que la Direction des services professionnels de l'Hôpital Santa Cabrini :

- revoie ce dossier.

Que l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec et l'Association des médecins d'urgence du Québec :

- rappellent à leurs membres les devoirs et obligations des centres hospitaliers et des médecins envers les patients en crise qui se présentent à l'urgence accompagnés de policiers.

Que le syndic du Barreau du Québec :

- revoie le travail de ses membres dans cette vidéocomparution.

Que le syndic du Collège des médecins du Québec :

- revoie les détails de l'ordonnance téléphonique faite par le médecin de l'Établissement de détention Rivière-des-Prairies le 25 novembre en soirée.

Que les comités d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- visitent l'unité de soins de l'Établissement de détention Rivière-des-Prairies afin de s'assurer qu'elle respecte les normes minimales de services médicaux et infirmiers pour des détenus comme la victime et qu'ils suggèrent les correctifs nécessaires.

Que le ministère de la Sécurité publique:

- revoie ses procédures de contention et leur application.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, le ministre de la Sécurité publique et le ministre de la Justice :

- exercent leurs qualités de chef dans ce dossier de soins médicaux physiques et psychiatriques puisque leur personnel de direction a de la difficulté à avancer dans ces situations problématiques en l'absence d'objectifs stratégiques partagés par les autorités concernées. Le but à court terme : gérer les problèmes médicaux et psychiatriques des détenus en temps réel.

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

- s'engage avec diligence dans la prise de décisions des solutions qui peuvent aider à court terme l'Institut Philippe-Pinel.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux :

- veille au respect de l'arrêt ministériel 2005-013 qu'il a signé.

Que le Protecteur du citoyen, en sa qualité d'ombudsman correctionnel, et dans la perspective de son mandat de surveillance des services publics :

- suive de près l'évolution de ce dossier, dans l'intérêt public.

Que l'Association des médecins psychiatres du Québec :

- étudie l'opportunité de mettre en place une instance professionnelle comme il y en a au Canada et aux États-Unis dans la prestation de services de psychiatrie légale.

Organisations / personnes visées

Hôpital Santa Cabrini

Syndic du Barreau du Québec

Syndic du Collège des médecins du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ministre de la Sécurité publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Ministère de la Justice
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Protecteur du citoyen
Association des médecins psychiatres du Québec
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
Association des médecins d'urgence du Québec

5-Avis / Dossier : 138503

Date de l'événement : 18 octobre 2007

Événement : Un homme de 38 ans décède au Centre hospitalier Sacré-Cœur de Montréal quelques jours après son arrestation survenue dans un contexte de délirium agité et d'intoxication à la cocaïne.

L'homme est intercepté par les patrouilleurs du Centre opérationnel du Service de police de la Ville de Montréal après avoir grillé un feu rouge et tenté de fuir. Il est agité, hystérique et refuse de collaborer. Incapable de le maîtriser, un des deux policiers présents, en possession d'un dispositif à impulsions (Taser), lui administre 6 décharges électriques en 53 secondes. L'homme est transporté par ambulance à l'hôpital où il décède d'une nécrose du foie, de l'intestin grêle et du côlon.

Selon le coroner, même si l'utilisation du pistolet Taser par les policiers ne peut être considérée comme la cause médicale du décès, il appert que le fait, qu'il ait, dans un contexte d'agitation et d'intoxication, reçu plusieurs décharges électriques a possiblement contribué à son décès. Il semble que les effets toxiques de la cocaïne aient pu être augmentés par le stress causé par l'accident et son arrestation.

Recommandations

Que le Service de police de la Ville de Montréal :

- s'assure que tous les membres d'une équipe dont l'un est armé d'un dispositif à impulsions ont reçu la même formation;
- s'assure, du moins, que le programme général de formation des policiers leur permet d'apprendre à profiter de la fenêtre d'opportunité que leur offre la neutralisation neuromusculaire pour maîtriser rapidement la personne qui reçoit une décharge électrique;
- fasse régulièrement l'analyse des rapports d'usage de la force remplis par les policiers lors de l'utilisation du dispositif à impulsions afin de mieux connaître les raisons de son emploi et les circonstances de celui-ci en vue d'être en mesure d'ajuster son utilisation ainsi que les pratiques à cet égard;

- revoie ses règles et leur application quant au port par ses policiers du dispositif à impulsions (DI) à la ceinture.

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- analysent l'usage du dispositif à impulsions au Québec;
- prennent les mesures nécessaires pour documenter l'impact du dispositif à impulsions sur la santé des personnes touchées.

Que le ministère de la Sécurité publique :

- étudie la possibilité d'obliger les services de police à se servir d'une caméra lors de chacune de leurs interventions au Taser.

Organisations / personnes visées

Service de police de la Ville de Montréal
Ministre de la Sécurité publique
Ministre de la santé et des services sociaux

6-Avis / Dossier : 137679

Date de l'événement : 24 août 2007

Événement : Un bébé de 2 mois décède d'asphyxie positionnelle à son domicile.

Ce matin-là vers 8 h 30, les parents de l'enfant se sont levés pour lui donner à boire et changer sa couche. Ils se sont recouchés vers 9 h, la mère installant l'enfant sur son ventre, face contre elle. Vers 12 h 30, le père se réveille et remarque que l'enfant semble inanimé. Le bébé est conduit par ambulance à l'Hôpital de Montréal pour enfants où on ne peut que constater son décès.

L'Institut national de santé publique du Québec publie un guide Mieux vivre avec notre enfant de 0 à 2 ans remis par les centres hospitaliers et les maisons de naissance aux parents après un accouchement. Il y est fait mention que l'endroit le plus sécuritaire pour coucher un bébé est sa couchette, mais on parle aussi du bénéfique pour le nourrisson de partager le lit de ses parents. Selon le coroner, même si le guide souligne que la pratique du « co-sleeping » peut augmenter les risques de mort subite du nourrisson, le message transmis ne vise pas à décourager les parents qui préfèrent faire dormir leur bébé avec eux lors des premiers mois de vie.

Recommandations

Que l'Institut national de santé publique du Québec :

- revoie le chapitre de son guide Mieux vivre avec notre enfant de 0 à 2 ans qui traite du sommeil;
- modifie son contenu afin de rendre compte des neuf décès de nourrissons survenus au Québec au cours des dernières années et qui ont été associés à la pratique du « co-sleeping »;

- mette en garde les parents contre les risques qu'ils font courir à leur enfant s'ils le font dormir dans leur lit.

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

- s'assure que ses membres offrent aux nouveaux parents tous les conseils nécessaires pour qu'ils assurent à leur nourrisson un sommeil sécuritaire.

Organisations / personnes visées

Institut national de santé publique du Québec

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux du Québec

7-Avis / Dossier : 137512

Date de l'événement : 2 août 2007

Événement : Un homme décède par noyade dans une piscine privée, à Gatineau.

Par une chaude journée d'été, la victime a décidé de se baigner après le repas. L'homme s'amuse en faisant des longueurs dans la piscine sous l'eau. Il tente de battre son record. Sa conjointe quitte quelques minutes pour se changer. En revenant, elle aperçoit son conjoint inanimé au fond de la piscine. Les secours ont été demandés et la victime a été transportée à l'hôpital de Gatineau où l'on a réussi à la réanimer. Malgré tous les soins donnés, on a constaté son décès le lendemain.

Le coroner explique que la syncope en apnée de surface est un mode de décès rare, mais bien décrit. La procédure consiste à hyperventiler avant d'entrer sous l'eau croyant que nos poumons sont bien remplis d'oxygène. Le nageur en apnée qui tente de battre ses performances antérieures épuise rapidement ses réserves d'oxygène. Il perd alors conscience sous l'eau. En effet, la syncope aurait peu de conséquences, si ce n'était de la noyade qui guette le nageur évanoui.

Recommandations

Que la Société canadienne de la Croix-Rouge :

- intègre à son programme d'enseignement aquatique les facteurs de risque et les notions de prudence liés à la pratique de l'apnée.

Que la Société de sauvetage :

- sensibilise les sauveteurs pour qu'ils interviennent de façon proactive avec les nageurs qui font de l'apnée, entre autres, en rappelant qu'il ne faut pas hyperventiler avant d'entrer sous l'eau.

Organisations / personnes visées

Société canadienne de la Croix-Rouge
Société de sauvetage

8-Avis / Dossier : 137256

Date de l'événement : 19 juillet 2007

Événement : Une enfant de 21 mois décède par asphyxie, en se pendait accidentellement avec un cordon de stores qui pendait près de son lit.

Selon Santé Canada, entre 1986 et 2007, on a déploré 25 étranglements avec des cordons de store ayant provoqué la mort, dont 7 survenus au cours des 5 dernières années. Les jeunes enfants dont l'âge varie de dix mois à quatre ans sont le plus souvent impliqués dans ce type d'accident. La plupart des accidents concernent des enfants dont le lit est situé à proximité d'une fenêtre munie d'un cordon servant à activer le mécanisme de couvertures de ces fenêtres.

Santé Canada et l'Institut national de santé publique du Québec ont effectué des campagnes de sensibilisation, afin de protéger les jeunes enfants contre les risques d'étranglement que représentent les cordons de stores, de rideaux et d'autres couvre-fenêtres. De plus, Santé Canada et l'Association canadienne de normalisation ont élaboré une norme standard industrielle volontaire qui promeut l'élimination des boucles continues pour les produits servant à couvrir les fenêtres et spécifie également les avertissements qui doivent être inclus avec ces produits. Révisée en 2006, cette norme constitue encore un standard industriel volontaire.

Par ailleurs, il y a eu un délai de treize minutes entre le premier appel au 9-1-1 et l'arrivée des ambulanciers sur les lieux, postés à seulement deux kilomètres. Ce délai est principalement imputable, d'une part, au manque de communication entre l'appelant et le service 9-1-1 et, d'autre part, à l'absence de réponse proportionnée à l'urgence de la part du répartiteur des ambulances. Effectivement, un code de priorité 3 avait été donné aux ambulanciers, mais ce n'est que trois minutes plus tard que changement de priorité est passé de 3 à 1.

Recommandations

Que le Centre de communication santé des Capitales :

- révise l'intervention préhospitalière dans ce dossier, de façon concertée avec les autres intervenants qui ont participé à la réponse préhospitalière.

Que la Centrale du 9-1-1 de Chicoutimi :

- révise conjointement avec les intervenants préhospitaliers l'intervention effectuée dans ce dossier.

Que l'Institut national de santé publique du Québec :

- poursuive son travail en prévention dans son guide Mieux vivre avec son enfant .

Que Santé Canada :

- constate que le standard industriel volontaire élaboré avec l'Association canadienne de normalisation est insuffisant et fasse en sorte que les fabricants de couvre-fenêtres soient liés légalement à l'application de ces standards;
- réglemente, grâce à la loi sur les produits dangereux, la vente et l'importation, en espérant que cette réglementation éliminera les cordons pouvant former une boucle dans laquelle un enfant peut s'étrangler.

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

- fasse inclure, dans la visite postnatale par l'infirmière à domicile, une vérification des cordons de stores dans les chambres d'enfants;
- forme les infirmières qui font des visites postnatales sur les risques des cordons de stores et sur les méthodes de fixation pour éliminer les boucles continues.

Que le CLSC de Chicoutimi, le CLSC de Jonquière ainsi que le CLSC du Fjord:

- promeuvent la vérification de la sécurité des stores de chambres de nouveaux-nés lors de la visite postnatale de l'infirmière au domicile.

Organisations / personnes visées

Centre de communication santé des Capitales

Centrale du 9-1-1 de Chicoutimi

Institut national de santé publique du Québec

Santé Canada

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux du Québec

CLSC de Chicoutimi

CLSC de Jonquière

CLSC du Fjord

9-Avis / Dossier : 135623

Date de l'événement : 27 février 2007

Événement : Un garçon de 7 ans décède d'une asphyxie par suffocation, à Salluit.

L'enfant avait apporté à l'école le bout de plastique d'une flûte utilisée pour les fêtes d'enfants. À l'insu de l'enseignante qui lui avait demandé de ne pas l'utiliser, l'enfant prend l'embout et va à la récréation. Soudainement, alors que les élèves sont seuls à l'extérieur, le garçon éprouve de la difficulté à respirer. Les enfants vont chercher de l'aide auprès des professeurs qui semblent désemparés. Une enseignante lui tape dans le dos et entend l'air passer à travers le sifflet. Le directeur de l'école arrive au chevet de l'enfant qui est inconscient. Il effectue la manoeuvre de Heimlich et entreprend la réanimation cardiorespiratoire.

Le garçon est amené au centre local de services communautaires où son décès est constaté après des manœuvres de réanimation infructueuses.

Recommandations

Que le Centre local de services communautaires de Salluit :

- prenne toutes les mesures afin que son personnel médical et infirmier puisse mettre sur pied un protocole pour former chaque enseignant de son territoire, dont ceux de l'école primaire de Salluit;
- prenne toutes les mesures afin que son personnel médical et infirmier puisse enseigner et former les élèves plus âgés en réanimation cardiorespiratoire dont la manoeuvre de Heimlich;
- permette à son personnel médical et infirmier d'assurer un suivi.

Que la Commission scolaire Kativik :

- s'assure que tout son personnel, y compris son corps enseignant, suive des cours en réanimation cardiorespiratoire;
- s'assure que les élèves plus âgés connaissent certaines techniques en réanimation cardiorespiratoire dont la manoeuvre de Heimlich;
- fasse en sorte que les élèves ne soient jamais laissés sans surveillance lors des périodes de récréation.

Que le Centre local de services communautaires de Salluit et la Commission scolaire Kativik :

- travaillent ensemble à la réalisation des présentes recommandations.

Organisations / personnes visées

Centre de santé Inuulitsivik
Commission scolaire Kativik

10-Avis / Dossier : 135140

Date de l'événement : 25 novembre 2006

Événement : Une femme de 29 ans décède d'une encéphalopathie anoxique secondaire à une aspiration de corps étrangers alimentaires.

La femme s'est étouffée en mangeant, et un proche a fait le 9-1-1. Les deux ambulances couvrant le secteur de Sainte-Thérèse étaient occupées. Une ambulance du territoire voisin a donc été demandée et elle est arrivée treize minutes plus tard. Les policiers ont effectué les manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers et ils ont constaté que les voies respiratoires de la femme semblaient obstruées. Les ambulanciers ont réussi à la ventiler, mais les dommages au cerveau étaient irréversibles. Elle est décédée trois jours plus tard. La maladie neurologique dont souffrait la victime et la consommation d'alcool sont deux conditions qui ont pu favoriser l'étouffement.

Le coroner a remarqué que la répartitrice médicale d'urgence (RMU) n'a pas

tenté de savoir si quelqu'un connaissait une technique pour désobstruer les voies aériennes de la victime. Seuls les gestes effectués par les ambulanciers ont permis de rétablir une ventilation, mais il était trop tard. Le coroner se demande si des procédures pour lever l'obstruction des voies aériennes auraient pu être appliquées par les proches sous la direction de la RMU. Il s'interroge également sur l'amélioration de la qualité de la réanimation effectuée par les policiers.

Recommandations

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

- prenne les mesures qu'elle juge appropriées pour atteindre les objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne le temps de réponse visé (90 % des appels en moins de huit minutes) dans les cas urgents de priorité 1 sur son territoire;
- revoie avec les divers intervenants les procédures à appliquer dans les cas d'étouffement surtout lorsque l'information transmise indique une obstruction complète ou une obstruction partielle sévère.

Que le service de police de la Ville de Terrebonne :

- s'assure que les policiers qui agissent à titre de premiers intervenants appliquent les normes édictées en 2005 par l'American Heart Association en prêtant une attention particulière à la qualité de la réanimation et aux procédures de désobstruction des voies aériennes.

Que la Centrale d'appels 9-1-1 de Terrebonne :

- revoie la procédure d'accompagnement et d'intervention du répartiteur médical d'urgence auprès des témoins d'une victime d'étouffement.

Que les dirigeants de la Municipalité de Bois-des-Filion :

- travaillent conjointement avec l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides afin de trouver des solutions pour offrir des services préhospitaliers d'urgence qui répondent aux besoins de sa population actuelle.

Organisations / personnes visées

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Ville de Terrebonne

Municipalité de Bois-des-Filion

Centrale d'appels 9-1-1 de Terrebonne

11-Avis / Dossier : 133545

Date de l'événement : 27 août 2006

Événement : Une femme de 48 ans décède d'une insuffisance respiratoire secondaire à une intoxication médicamenteuse au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHDRL).

Le 24 août 2006, en fin d'après-midi, la femme est admise au CHRDL après que

son mari eu de la difficulté à la réveiller alors qu'elle dormait sur le divan du salon. À son arrivée à l'urgence, elle est somnolente et s'éveille seulement à la douleur. Les notes au dossier suggèrent une intoxication au Statex. On lui administre du Narcan intraveineux et un gaz sanguin est fait. Dans les heures qui suivent, la patiente s'éveille plus facilement. Le médecin lui donne congé de l'urgence en indiquant dans le dossier qu'elle peut quitter l'hôpital après avoir subi un autre gaz sanguin et avoir été vue en psychiatrie. En fin de soirée, la patiente est vue en consultation par le psychiatre qui conclut à un surplus de fatigue associé à un effet de médication. On demande au conjoint de garder la patiente éveillée à la maison. La femme quitte l'hôpital sans être revue par le médecin de l'urgence ni être évaluée cliniquement comme la note au dossier l'indique. Son conjoint doit l'aider à monter dans le véhicule de même qu'à monter au 3e étage de leur domicile.

Pour se tenir éveillée, la femme s'assoit à la table pour manger une pointe de pizza. Pendant ce temps, son conjoint s'installe sur le divan du salon et s'assoupit. Lorsqu'il se réveille deux heures plus tard, il constate que sa conjointe a le front accoté sur le rebord de la table, les deux bras le long du corps. Ne pouvant l'éveiller, il appelle le 9-1-1. À son arrivée à l'hôpital le 25 août 2006, le pronostic est sombre. Son état neurologique ne cesse de se détériorer, et son décès est constaté le lendemain soir, à 18 h.

Recommandation

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

- renvoient ce dossier.

Organisations / personnes visées

Syndic du Collège des médecins du Québec

Syndic de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

12-Avis / Dossier : 128810

Date de l'événement : 19 mai 2005

Événement : Un homme souffrant de sclérose latérale amyotrophique décède à la suite d'un arrêt brusque de son appareil d'assistance ventilatoire, à Laval.

L'homme, qui est quadraplégique, bénéficie du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé McGill (PNAVD-CUSM). Il peut donc vivre à la maison, grâce à un appareil qui lui permet de respirer. La famille a engagé, il y a deux ans auparavant, une préposée aux bénéficiaires afin de s'occuper du patient durant le jour. C'est la famille qui a donné les consignes à la préposée pour tous les soins à prodiguer à l'homme. Le jour de l'événement, l'appareil a émis un son inusité et la préposée a constaté que l'appareil ne fonctionnait plus. Elle n'a pas réussi à redémarrer l'appareil. Les secours sont appelés, et l'homme est transporté à la Cité de la santé de Laval puis il est

transféré à l'Institut neurologique de Montréal où il décède cinq jours plus tard.

Le coroner mentionne que l'appareil utilisé par la victime n'a fait l'objet d'aucun rappel de la part de son fabricant. Il est d'avis que le PNAVD-CUSM doit s'assurer de l'entretien des appareils sous sa responsabilité ainsi que des échanges techniques avec le fabricant car, vu son état, le patient ne peut pas veiller au bon fonctionnement de l'appareil. La préposée ne savait pas où se trouvait le bouton d'alimentation de l'appareil. C'est la famille qui avait formé la préposée, étant donné que l'article 39.6 du Code des professions ne permet pas aux employés du PNAVD-CUSM de former des non-professionnels qui ne sont ni de la famille, ni des aidants naturels.

Recommandations

Que le Centre universitaire de santé McGill :

- mette sur pied un comité de liaison avec le fabricant de ce type d'appareil afin d'assurer un bon échange de l'information technique;

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- fasse les démarches législatives nécessaires, s'il y a lieu, afin qu'un préposé aux bénéficiaires embauché par un patient ou sa famille, reçoive la même formation que la famille, les aidants naturels et les professionnels prenant part aux soins du patient, et ce, aux conditions qu'il déterminera.

Organisations / personnes visées

Centre universitaire de santé McGill

Ministère de la Santé et des Services sociaux

13-Avis / Dossier : 123792

Date de l'événement : 25 mars 2004

Événement : Un homme de 75 ans étant sous la responsabilité du Curateur public est décédé par asphyxie alimentaire dans une résidence de ressources intermédiaires de Sainte-Véronique.

L'homme souffrait de dysphagie, situation qui empêche le processus de déglutition de se faire normalement. Une diète spéciale lui avait été prescrite en 2002. Il devait se limiter à une alimentation hachée et éviter tous les liquides clairs. Le personnel n'était pas au courant de cette diète, mais savait qu'il devait utiliser un épaississeur pour les liquides du patient. Voyant la victime effondrée, une employée a accouru et a constaté que l'homme s'était étouffé, mais qu'il respirait. Une deuxième employée s'est empressée d'aller chercher de l'aide, et c'est une troisième employée qui a composé le 9-1-1. À l'arrivée des ambulanciers, la victime était en arrêt cardiorespiratoire et aucune manœuvre de Heimlich n'avait été amorcée.

Recommandations

Que le Centre hospitalier et le centre de réadaptation Antoine-Labelle :

- s'assure que l'ensemble du personnel des résidences de ressources intermédiaires sait comment appliquer la technique Heimlich en cas d'étouffement;
- s'assure que les intervenants aux ressources intermédiaires vérifient l'organisation du milieu et les mesures prises, afin d'assurer la sécurité des usagers à risque d'étouffement;
- s'assure que les personnes en hébergement de ressources intermédiaires sont en sécurité et qu'elles reçoivent les soins que nécessite leur état de santé, notamment les personnes à risque d'étouffement, en s'assurant que le personnel connaît le phénomène de la dysphagie et que les diètes sont clairement affichées pour chacun des usagers.

Organisation / personne visée

Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine Labelle

14-Avis / Dossier : 139034

Date de l'événement : 15 décembre 2007

Événement : Une femme de 49 ans se suicide par pendaison à son domicile de Saint-Jérôme.

Des proches ont trouvé la victime pendue et ils ont appelé le 9-1-1. Les policiers se sont présentés sur les lieux, ils ont pris des photos et ont décroché le corps de la victime. Selon le coroner, cette façon de faire est inacceptable. Les policiers doivent décrocher immédiatement le corps et amorcer des manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.

Recommandation

Que le directeur de la police de la Ville de Saint-Jérôme :

- prenne connaissance du rapport d'enquête publique concernant ce décès afin de réviser ses directives avec ses membres et de s'assurer auprès de ceux-ci du caractère prioritaire d'entreprendre des manœuvres de réanimation.

Organisation / personne visée

Ville de Saint-Jérôme

15-Avis / Dossier : 138957

Date de l'événement : 16 novembre 2007

Événement : Un homme de 45 ans se suicide par pendaison à sa résidence, à Saint-Guillaume.

Une amie, inquiète des propos tenus par la victime, appelle l'unité de gestion des appels Mauricie—Centre-du-Québec. Une carte d'appel est transmise aux

policiers de la Sûreté du Québec, poste de la MRC Drummond. Ces derniers se mettent en route et demandent que les ambulanciers soient avisés. Les policiers trouvent l'homme pendu dans son garage. Ils coupent la corde et entreprennent des manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers quelques minutes plus tard.

Le coroner souligne que, si l'appel avait été fait simultanément aux policiers et aux ambulanciers, le délai d'intervention aurait été moindre. Les conséquences auraient été probablement les mêmes si les ambulanciers étaient arrivés en premier, mais le coroner s'interroge sur la séquence des appels aux intervenants d'urgence pour d'autres situations de ce genre.

Recommandation

Que l'Unité de gestion des appels de la Sûreté du Québec, district Mauricie—Centre-du-Québec :

- réviser la carte d'appel 40-071116-0066 afin de réévaluer la séquence des appels aux intervenants d'urgence et modifier les pratiques en vigueur s'il y a lieu afin d'informer précocement tous les intervenants susceptibles d'assister une personne en détresse chez qui un geste suicidaire imminent ou très récent est suspecté.

Organisation / personne visée

Sûreté du Québec, district Mauricie—Centre-du-Québec

16-Avis / Dossier : 138351

Date de l'événement : 17 octobre 2007

Événement : Un homme de 44 ans se suicide par intoxication à l'oxyde de carbone, à Blainville.

Lorsque les policiers trouvent l'homme, il n'a aucun pouls et il est en rigidité cadavérique. Ils éteignent le moteur toujours en marche, laissent le corps dans sa position et prennent des photos. Les ambulanciers arrivent onze minutes plus tard et font les mêmes constatations. Aucune manœuvre de réanimation n'a été pratiquée. La victime est amenée en conduite non urgente à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour le constat de décès.

Le médecin qui a procédé au constat de décès s'interroge sur l'évaluation initiale du patient. En effet, lors de son examen, le corps était encore chaud et n'était pas rigide.

Recommandations

Que le Service de police de Blainville :

- entreprenne des manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers dans tous les cas où les critères de mort évidente (putréfaction, décapitation, momification, adipocire et ossements) sont

- absents;
- procède à la prise de photos, dans les cas où celle-ci s'avère nécessaire à leur enquête, sans nuire au travail des ambulanciers et avec leur assentiment, lequel devra être consigné dans leur rapport d'événement et, en aucun cas, celle-ci ne devrait être faite en lieu et place des manoeuvres de réanimation.

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

- révisé avec les ambulanciers concernés leur intervention et apporte les correctifs jugés nécessaires, s'il y a lieu.

Organisations / personnes visées

Service de police de Blainville

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

17-Avis / Dossier : 136335

Date de l'événement : 3 février 2007

Événement : L'homme est dépressif. Le 17 janvier 2007, il est dirigé vers l'urgence de l'Hôpital Douglas pour une évaluation psychiatrique.

Un diagnostic de dépression majeure avec éléments psychotiques est posé et un rendez-vous est fixé la semaine suivante. Le patient ne se présente pas. Le 2 février, il est amené à l'urgence par des policiers et des ambulanciers. D'après l'évaluation faite au triage, l'homme est désorganisé et tient des propos paranoïdes. Il mentionne avoir jeté ses médicaments sous l'influence d'hallucinations auditives. On le laisse partir avec quelques recommandations d'usage. Le lendemain, il est réadmis à l'urgence. Son comportement est similaire à celui de la veille, et une première évaluation au triage le classe semi-urgent. Vers 14 h, lors de la deuxième évaluation, il est classé priorité 4, c'est-à-dire qu'il doit être vu par un médecin dans les soixante minutes. L'infirmière le dirige vers la salle d'attente. Lorsque le psychiatre est prêt à l'évaluer vers 21 h, le patient a déjà quitté.

L'homme n'a pas été revu. Le 1er mai, son corps est trouvé flottant près du quai de Verchères par un plaisancier.

Recommandations

Que le comité des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas :

- révisé et évalue ce dossier;
- révisé les procédures hospitalières et les actes délégués;
- révisé la pertinence de la garde préventive dans un contexte de psychopathologie comme celle que présentait la victime;
- diffuse ce rapport au personnel médical de l'urgence;
- adopte une pratique prudente et diligente pour tous les patients présentant un contexte similaire.

Que la direction des soins infirmiers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas :

- réviser l'exactitude de l'évaluation de la prise en charge à la salle d'urgence y compris la codification au triage.

Organisation / personne visée

Institut universitaire en santé mentale Douglas

18-Avis / Dossier : 133713, 133714

Date de l'événement : 13 septembre 2006

Événement : Une fusillade au Collège Dawson à Montréal fait deux morts, dont le tireur qui a retourné l'arme contre lui après avoir été atteint par un policier, et seize blessés.

L'homme est arrivé sur les lieux avec plusieurs armes. Il a ouvert le feu avec une arme semi-automatique. Il était détenteur d'un permis de possession d'armes à feu.

Recommandations

Que le Contrôleur des armes à feu du Québec :

- élabore un cadre de recherche qui permette aux chercheurs d'établissements reconnus, comme l'Institut national de santé publique du Québec, les instituts de recherche en santé ou les universités du Québec, d'avoir accès au Registre des détenteurs d'un permis de possession et d'acquisition d'armes à feu tout en protégeant la vie privée des personnes qui y sont inscrites.

Que le commissaire aux armes à feu du Centre des armes à feu du Canada :

- élabore un cadre de recherche qui permette aux chercheurs d'établissements reconnus d'avoir accès au Registre canadien des armes à feu tout en protégeant le droit à la vie privée des personnes qui y sont inscrites.

Que le ministre de la Sécurité publique du Canada :

- voie à amender le texte de l'ancien décret no 9 sur les armes prohibées figurant à l'annexe du Règlement désignant des armes à feu, armes, éléments ou pièces d'armes, accessoires, chargeurs, munitions et projectiles comme étant prohibés ou à autorisation restreinte (DORS/98-462).

Que le Service de police de la Ville de Montréal :

- transmette aux instructeurs de la Communauté de pratique et de coaching les enseignements retenus à la suite de l'étude de cas de l'intervention policière;

- s'interroge sur la pertinence d'intégrer une fonction de liaison avec le personnel de l'établissement (direction, sécurité, personnel d'entretien, professeurs) dès le début de l'opération afin d'obtenir le maximum d'information;
- étudie la possibilité de doter chaque poste de quartier d'une ou deux armes longues que des patrouilleurs formés pour leur utilisation pourraient utiliser dans un délai relativement court en cas d'urgence;
- continue à aller de l'avant avec ses projets de géolocalisation et de géorépartition des véhicules de patrouille afin d'améliorer la planification de la réponse aux appels urgents.

Que les établissements d'enseignement membres de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec, de la Fédération des cégeps, de la Fédération des commissions scolaires du Québec, de l'Association des collèges privés du Québec, de l'Association des écoles privées du Québec et de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux :

- se dotent d'un plan d'urgence comme cela a été fait au Collège Dawson après l'événement.

Organisations / personnes visées

Service de police de la Ville de Montréal

Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec

Fédération des cégeps

Fédération des commissions scolaires du Québec

Association des collèges privés du Québec

Association des écoles privées du Québec

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux du Québec

Ministre de la Sécurité publique du Canada

Contrôleur des armes à feu

Centre des armes à feu du Canada

19-Avis / Dossier : 142130

Date de l'événement : 9 septembre 2008

Événement : Une femme de 77 ans décède d'un infarctus aigu du myocarde après avoir consulté récemment deux médecins à une clinique médicale.

La femme a des antécédents médicaux de nature cardiaque, pulmonaire et d'accident vasculaire cérébral. Le 5 septembre 2008, elle consulte pour une douleur épigastrique présente depuis trois jours et le médecin conclut qu'elle souffre de dyspepsie et de dysmotilité. Il lui remet une prescription et un suivi est prévu une semaine plus tard. Le 8 septembre 2008, la femme rencontre son médecin de famille. Sa douleur est toujours présente malgré le traitement débuté trois jours plus tôt. Le médecin diagnostique une gastrite. Le lendemain soir, soit le 9 septembre 2008, elle est trouvée sans vie dans son lit.

Le coroner est surpris qu'aucun des deux médecins ayant examiné la patiente

n'ait tenté d'exclure un syndrome coronarien aigu par un électrocardiogramme et un bilan sanguin cardiaque devant le tableau de douleur épigastrique qu'elle présentait et ses antécédents.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec :

- vérifie la pratique des deux médecins omnipraticiens ayant examiné la patiente les 5 et 8 septembre 2008.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

20-Avis / Dossier : 140458

Date de l'événement : 1er mai 2008

Événement : Une femme âgée de 60 ans décède d'une insuffisance aiguë myocardique dans une résidence pour personnes âgées, à Québec.

La femme a chuté durant la nuit, et la préposée s'est occupée d'elle. Le matin, la victime a été retrouvée inerte dans son lit. Elle se plaignait de maux de tête depuis plusieurs semaines et devait rencontrer le médecin le jour même de son décès. Les ambulanciers sont arrivés rapidement sur place et ont amorcé les manœuvres de réanimation. Le coroner souligne que le personnel de la résidence n'a pas fait de manœuvres de réanimation avant l'arrivée des ambulanciers.

Recommandation

Que la Résidence Nouvel Âge :

- forme son personnel afin qu'il pratique les manœuvres de réanimation au besoin et que, à chaque quart de travail, au moins un membre du personnel connaissant ces manœuvres soit présent.

Organisation / personne visée

Résidence Nouvel Âge

21-Avis / Dossier : 140172.

Date de l'événement : 25 mars 2008

Événement : Un homme de 36 ans décède de problèmes cardiaques à son domicile de Québec.

Le 23 mars 2008 au matin, l'homme consulte au centre hospitalier Jeffrey Hale pour de vives douleurs thoraciques. En raison de ses douleurs, il est dirigé vers l'urgence de l'Hôpital Laval. Le médecin à l'urgence diagnostique un spasme oesophagien sur reflux gastro-oesophagien qui ne serait compatible avec des malaises cardiaques. Le patient quitte l'établissement à la fin de la journée. Dans la soirée du 25 mars 2008, l'homme est trouvé inconscient chez lui. Les

ambulanciers ont transporté la victime à l'hôpital où son décès a été constaté.

Recommandation

Que le chef du département d'urgence de l'Hôpital Laval :

- revoie ce dossier et apporte les changements nécessaires au protocole d'investigation des douleurs rétrosternales afin d'éviter qu'un tel événement se reproduise.

Organisation / personne visée

Hôpital Laval

22-Avis / Dossier : 138836

Date de l'événement : 2 décembre 2007

Événement : Un homme de 52 ans, détenu à l'établissement de détention de Baie-Comeau, décède d'une arythmie cardiaque secondaire à un infarctus aigu du myocarde.

Vers 11 h, le jour de son décès, son voisin de cellule remarque que l'homme se tient les bras croisés sur l'estomac et qu'il semble souffrant. L'agent des services correctionnels (ASC) en est informé et se rend auprès de la victime pour vérifier son état de santé. Le détenu répond qu'il a mal au foie et qu'il ne peut pas manger. Le chef d'unité intérimaire en est avisé, il se rend auprès de lui et l'amène au parloir pour le prendre en charge. Vers 11 h 10, on apporte deux comprimés de Maalox à l'homme et il dit se sentir mieux. On lui demande de prévenir si la douleur devient plus intense. De plus, on l'interroge pour savoir s'il a le souffle court, s'il a une douleur diffuse au niveau du torse, s'il a des engourdissements au niveau du bras, s'il a des sueurs, s'il est fatigué ou s'il a mal aux gencives, ce à quoi il répond par la négative en se pointant l'estomac.

Vers 12 h 15, le détenu est reconduit dans son secteur et se couche. Vers 12 h 20, il demande d'autres antiacides car la douleur est revenue. On le questionne une deuxième fois, mais l'homme répond toujours par la négative, mettant en cause une possible crise du foie qu'il a déjà vécue. Vers 13 h 20, son voisin de cellule avise les ASC que l'homme ne va pas mieux. Le chef d'unité en est informé et à 13 h 45, il joint un ASC pour l'escorter à l'hôpital. Toutefois, cet agent n'est pas disponible avant 15 h 45. Vers 15 h 20, son codétenu, qui s'est absenté pendant un certain temps, le trouve inconscient dans sa cellule.

Pour le coroner, il est clair que l'on doit protéger un détenu d'un accès retardé à des soins et à des services médicaux. Il est aussi clair que l'on doit soutenir les ASC et le chef d'unité pour améliorer la capacité d'évaluation de l'état d'un détenu. Le recours à un processus formel dynamique d'évaluation (triage) de l'état d'un détenu nécessitant une évaluation médicale diminue la mortalité et la morbidité liées à certaines conditions de santé. Ce processus, lorsqu'il est établi, exige une réévaluation périodique et systématique d'un détenu en attente de transfert non urgent vers un centre hospitalier pour évaluation médicale, lorsque

certains délais sont expirés.

Recommandations

Que le ministre de la Sécurité publique :

- dresse un bilan de la formation et de la présence d'un processus formel dynamique d'évaluation (triage) des personnes incarcérées au sein des établissements du système correctionnel du Québec qui permet de prioriser les transferts vers un centre hospitalier, comme le recommande la Loi sur les services correctionnels et apporte les améliorations nécessaires, s'il y a lieu.

Que la direction de l'Établissement de détention de Baie-Comeau :

- forme un groupe de travail pour établir un consensus avec toutes les autorités compétentes de la région de Manicouagan en matière d'évaluation médicale en santé physique ou mentale, dont le Centre de santé et des services sociaux de Manicouagan.

Ce groupe devra statuer sur :

- la nécessité d'établir et de rendre accessible une formation de base pour les agents de services correctionnels sur les différentes facettes et approches auprès des personnes incarcérées atteintes de problèmes de santé physique ou mentale;
- une plus grande accessibilité aux soins et services infirmiers et médicaux pour répondre aux besoins en fonction du volume et du type de clientèle de l'établissement de détention;
- un processus formel dynamique d'évaluation (triage) de l'état d'un détenu nécessitant une évaluation médicale pour prioriser son transfert dans un centre hospitalier comme le recommande dans la Loi sur les services correctionnels.

Organisations / personnes visées

Ministère de la Sécurité publique

Établissement de détention de Baie-Comeau

23-Avis / Dossier : 138825

Date de l'événement : 28 novembre 2007

Événement : Un homme de 82 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë.

Le 24 novembre 2007, l'homme se présente à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal pour des douleurs intermittentes multiples aux bras et au thorax. Il passe un électrocardiogramme qui se révèle anormal. Il reçoit son congé avec un diagnostic de douleurs musculaires et on lui recommande du repos et de prendre du tylnol.

Il est trouvé sans vie par son fils à son domicile, quatre jours plus tard.

Recommandation

Que le comité des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal :

- analyse les actes médicaux du 24 novembre 2007 et prenne les mesures jugées nécessaires, s'il y a lieu.

Organisation / personne visée
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

24-Avis / Dossier : 138404

Date de l'événement : 24 octobre 2007

Événement : Un homme de 57 ans décède à la suite d'une rupture d'un anévrisme disséquant de l'aorte ascendante avec hémopéricarde secondaire.

Six jours auparavant, vers 23 h, l'homme s'était présenté à l'urgence du CHA - Pavillon Enfant-Jésus de Québec, en raison d'une douleur précordiale droite irradiant aux dents. Celle-ci s'est produite à la suite d'un effort modéré survenu quelques minutes auparavant. On décidait donc de garder le patient en observation.

À 23 h 15 et 23 h 50, l'homme a de nouveau présenté des douleurs thoraciques qui ont été soulagées par la nitroglycérine. À la suite de plusieurs examens qui se sont avérés normaux, on concluait à une douleur thoracique d'étiologie indéterminée et il a été décidé de poursuivre l'investigation en externe.

Le matin de son décès, l'homme a ressenti un point dans le dos, à la hauteur des omoplates. Son épouse l'a massé et a quitté pour son travail. C'est à son retour qu'elle a découvert la victime inanimée dans la salle de bain. De toute évidence, il y avait eu une accalmie des douleurs à la suite de sa sortie de l'hôpital. On peut penser que la douleur dans la région de l'omoplate qu'il a ressentie le matin pouvait encore être une manifestation de son anévrisme.

Recommandation

Que le comité d'examen des décès du CHA – Pavillon Enfant-Jésus :

- examine ce dossier et vérifie, étant donné qu'on en était venu à la conclusion qu'il s'agissait d'une douleur indéterminée, s'il aurait été préférable de prolonger la période d'observation et l'investigation.

Organisation / personne visée
CHA - Pavillon Enfant-Jésus

25-Avis / Dossier : 138110

Date de l'événement : 1er juillet 2007

Événement : Un homme de 47 ans décède d'une tamponnade cardiaque secondaire à une dissection aortique, alors qu'il se trouvait à l'urgence du Centre hospitalier Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe.

L'homme avait été conduit par ambulance à l'hôpital à la suite de l'apparition subite d'une forte douleur au bas du dos, avec installation de paresthésies aux jambes. À l'urgence, à 17 h 17, l'infirmière note la présence généralisée des paresthésies avec douleurs localisées à la jambe gauche et au bas du dos. Le code attribué au patient est 3, soit un délai de 30 minutes avant d'être vu par un médecin. On tente de coucher l'homme sur une civière, mais il se relève aussitôt, pâle, diaphorétique et anxieux. Toutefois, ce n'est que 2 h 30 plus tard qu'il sera vu par le médecin.

Devant des résultats d'examen normaux, le médecin se demande si le patient n'a pas été victime d'un épisode d'ischémie cérébrale transitoire. Au diagnostic différentiel, il inscrit également lombosciatalgie, mais ne sait comment interpréter l'état d'anxiété qu'il constate chez le patient. À 23 h 30, le médecin est avisé que la tension artérielle est passée de 147/58 mmHg à 21 h à 207/89 mmHg. Le médecin revoit le patient. Dans sa note, il ne mentionne pas l'hypertension artérielle, mais il l'attribue à la douleur lombaire qu'éprouve l'homme. Il envisage une double pathologie, soit une entorse lombaire et une ischémie cérébrale transitoire avec résolution des symptômes aux membres. Il prescrit un peu de morphine, mais aucun hypotenseur n'est donné au patient. La tension systolique s'est maintenue autour de 200 mmHg pendant les deux heures suivantes. Par ailleurs, comme la douleur semblait hors de proportion avec ce que le personnel jugeait convenable pour une lombosciatalgie, on l'a donc tout simplement mise sur le compte de l'anxiété.

À 2 h 30, le patient est réévalué par le médecin. On note une tension artérielle à 178/98 mmHg. Il entérine les diagnostics d'ischémie cérébrale transitoire, mais parle maintenant plutôt de dorsalgie que de lombalgie. À peine une heure plus tard, le patient est trouvé inconscient sur le plancher du corridor. Il ne répond pas aux manœuvres de réanimation, et son décès sera constaté à 3 h 59.

Pour le coroner, une dissection aortique est rare et difficile à diagnostiquer. Toutefois, les symptômes et les signes cliniques permettaient de suggérer le diagnostic et, dès lors, commandaient des examens radiologiques supplémentaires. De plus, un traitement adéquat de l'hypertension s'imposait dans les circonstances. En maintenant une pression systolique sous les 100 mmHg, la dissection aurait vraisemblablement pu être ralentie, permettant de gagner quelques heures jusqu'à la chirurgie. Le coroner a établi que ce décès aurait potentiellement pu être évité. Avec un diagnostic rapide de la dissection, suivi d'un traitement agressif de l'hypertension et d'un transfert prompt vers un centre disposant d'une équipe de chirurgie vasculaire capable d'intervenir, le coroner estime que les chances de survie s'établissaient autour de 50 %.

Recommandation

Que le comité de mortalité du Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska :

- prenne connaissance du rapport d'investigation de ce décès et fasse connaître ses conclusions au coroner, s'il y a lieu.

Organisation / personne visée

Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska

26-Avis / Dossier : 137032.

Date de l'événement : 29 juin 2007

Événement : Une femme de 76 ans décède d'une embolie pulmonaire au centre d'hébergement Le Pavillon de la Rive, à Laval.

La femme présente une perte d'autonomie et de multiples problèmes de santé. Elle est orientée vers un hébergement à sa sortie de l'hôpital. Durant le séjour hospitalier, il a été décidé de ne pas procéder à des manœuvres de réanimation, le cas échéant. À l'arrivée de la femme au centre d'hébergement, un document modifie la décision de ne pas effectuer la réanimation. Il y est indiqué niveau 1, c'est-à-dire le maintien de toute fonction altérée par tout moyen possible. Cette phrase n'est pas claire selon le coroner.

Lors de sa tournée de nuit, une préposée aux bénéficiaires constate que la femme semble décédée. Elle a averti l'infirmière auxiliaire responsable, qui ne s'est pas rendue immédiatement au chevet de la patiente et qui n'a pas demandé rapidement l'aide qu'elle devait recevoir du personnel en place. Par la suite, l'infirmière auxiliaire, seule avec la patiente, aurait alors tenté un massage cardiaque pendant une période indéterminée au lieu de faire immédiatement le 9-1-1.

Recommandations

Que les gestionnaires du Pavillon de la Rive :

- s'assurent que le personnel (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) ont une formation adéquate et reçoivent une mise à jour en réanimation cardiorespiratoire (RCR);
- s'assurent que l'interprétation du niveau 1 est claire. On devrait y mentionner que le niveau 1 implique l'utilisation de la RCR le cas échéant, plutôt que d'y mentionner d'utiliser tout moyen possible pour le maintien de toute fonction altérée;
- s'assurent que le document définissant le niveau de soins est bien en vue au dossier de chaque résident et que chaque membre du personnel connaît ce niveau de soins;
- s'assurent de la présence sur chaque étage du matériel de base nécessaire pour la RCR;
- fasse en sorte que l'ensemble du personnel soignant se penche sur la

pertinence de mettre sur pied un comité qui pourrait aider les résidents et leur famille en vue d'une meilleure prise de décision en ce qui a trait à la RCR, décision qui devrait être basée sur le contexte clinique et non pas uniquement sur les émotions.

Organisation / personne visée

Pavillon de la Rive

27-Avis / Dossier : 136482

Date de l'événement : 9 mai 2007

Événement : Un homme de 57 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë.

Quelques semaines avant l'événement, l'homme a consulté à l'urgence du CLSC Sainte-Rose de Laval. Au triage, l'infirmière a indiqué que le patient se présentait pour une douleur thoracique. Elle notait également des antécédents d'hypercholestérolémie, de sinusite chronique, d'apnée du sommeil et de tabagisme. Le médecin qui a vu le patient considère une douleur épigastrique plutôt que thoracique. Le médecin n'a pas retenu l'hypothèse diagnostique de douleur d'origine cardiaque et n'a pas mentionné les antécédents du patient qui sont des facteurs de risque importants dans la maladie coronarienne.

Environ un mois plus tard, l'homme est décédé de problèmes cardiaques. Selon le coroner, ce patient aurait dû subir rapidement un bilan pour éliminer ou confirmer une maladie coronarienne. Aucun bilan n'a été prescrit ou envisagé en ce sens par le médecin.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec :

- procède à l'étude de la conduite médicale du médecin de garde au CLSC de Sainte-Rose dans le présent dossier.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

28-Avis / Dossier : 141284

Date de l'événement : 26 avril 2007

Événement : Une femme de 53 ans décède d'arythmie cardiaque maligne au Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet (CSSSML).

La victime est admise au CSSSML en raison d'un syndrome coronarien aigu. Devant un infarctus myocardique massif, un transfert est organisé vers l'Hôpital Laval pour un traitement d'angioplastie. Lors du transport ambulancier, une fibrillation ventriculaire survient et le moniteur défibrillateur semi-automatique détecte des mouvements de respiration. Un retour au CSSSML est alors décidé, et la patiente décède malgré les soins reçus.

Recommandation

Que le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches :
fasse en sorte que tous les problèmes soulevés par les intervenants lors du transfert de la victime soient corrigés dans les meilleurs délais.

Organisation / personne visée

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

29-Avis / Dossier : 135643

Date de l'événement : 27 février 2007

Événement : Une femme de 87 ans décède d'un infarctus du myocarde au Manoir Harwood, à Vaudreuil-Dorion.

La femme est transférée au Manoir Harwood en hébergement temporaire après avoir subi une mastectomie au Centre hospitalier régional du Suroît. À son arrivée, la femme est nauséuse et présente des vomissements. On lui administre du Graval, prescrit par le médecin du centre hospitalier. Les signes vitaux n'ont pas été pris durant son court séjour dans cette résidence et le médecin de l'établissement n'a pas été avisé de son admission.

Elle est trouvée sans vie par une préposée le lendemain matin sans qu'aucune manœuvre de réanimation soit entreprise.

Recommandations

Que le Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges et le Centre de santé et de services sociaux du Suroît :

- s'assurent que la prise en charge des patients transférés en lit d'hébergement se fait selon les normes habituelles et que le médecin traitant au centre d'hébergement est clairement identifié et informé dès l'admission.

Que le Manoir Harwood enr. :

- s'assure que les signes vitaux sont pris par l'infirmière auxiliaire dès l'admission et, par la suite, au besoin;
- communique avec le médecin lorsqu'un client présente des signes ou des symptômes anormaux;
- transfère le patient à l'urgence de l'hôpital lors d'une situation instable et en l'absence du médecin;
- inscrive au dossier dès l'admission le niveau d'intervention médicale;
- entreprenne les manœuvres de réanimation lors d'un arrêt cardiorespiratoire à moins qu'il y ait ordonnance de non-réanimation.

Organisations / personnes visées

Manoir Harwood inc.

Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges

Centre de santé et de services sociaux du Suroît

30-Avis / Dossier : 135582

Date de l'événement : 19 février 2007

Événement : Un bébé de deux mois décède d'une acidose métabolique et d'un état de déshydratation secondaire à une pneumonie et à une gastro-entérite.

Une semaine auparavant, l'enfant, natif d'Obedjiwan, avait été hospitalisé trois jours au Centre de santé et de services sociaux Domaine du Roy à Roberval pour une pneumonie et une gastro-entérite. La nuit précédant le décès, les symptômes de vomissements et de diarrhée sont réapparus. Étant donné qu'il n'y a personne au dispensaire la nuit, le père d'accueil s'y est présenté vers 9 h 30. Ce n'est qu'à 11 h qu'il a pu être vu par l'infirmier. Celui-ci, après avoir examiné le bébé a informé le père d'accueil qu'il fallait envoyer l'enfant d'urgence à l'hôpital. Il a accepté que le voyage se fasse par le transport en minibus desservant le dispensaire et a confirmé qu'il aviserait le chauffeur plus tard à cet effet. Le départ est prévu pour 13 h. Le père monte à bord du minibus à 12 h 50, mais doit en redescendre, car le chauffeur l'a informé que son nom n'apparaissait pas sur la liste des passagers et qu'il devra attendre le second transport.

Celui-ci est prévu pour 13 h 30, mais le minibus ne quittera qu'à 14 h 45 en direction de Roberval. Le chauffeur ne semblait pas savoir qu'il s'agissait d'une urgence, puisqu'il a fait un arrêt de trente minutes dans un restaurant à La Doré. Le minibus est arrivé à la Résidence attikamek de Roberval vers 17 h 15. Au lieu de se rendre immédiatement à l'urgence, le père d'accueil a voulu changer et nettoyer le bébé avant de se rendre à l'hôpital. L'arrivée à l'urgence s'est faite à 18 h. Après avoir pris un coupon de triage, le père d'accueil a relevé la couverture qui recouvrait l'enfant pour s'apercevoir qu'il avait le visage cyanosé. En panique, il est entré dans la salle afin qu'un médecin vienne voir le bébé. L'équipe en place a alors entrepris immédiatement des manœuvres de réanimation, mais, malheureusement, il était trop tard.

Une série d'événements aurait contribué à retarder la consultation urgente du bébé. C'est ce qui a entraîné une détérioration de son état de santé jusqu'à son décès. Pour le coroner, au départ, si l'évaluation du bébé avait été adéquate, qu'une meilleure communication avait été faite avec le père d'accueil et les différents intervenants (responsable du transport, chauffeurs, etc.), qu'un moyen de transport adéquat, approprié à son état avait été retenu et que le bébé avait pu être pris en charge plus rapidement par l'équipe de l'Hôpital de Roberval, ce décès aurait pu être évité.

Recommandations

Que le responsable du dispensaire d'Obedjiwan, soit Santé Canada :

- revoie avec le personnel en place la formation et les compétences du ou des premiers intervenants, lorsqu'il se présente un cas d'urgence au dispensaire;
- s'assure, si cela n'est pas déjà fait, qu'en tout temps, de jour comme de nuit, une fois que l'urgence a été évaluée, celle-ci est immédiatement prise en charge par les différents intervenants et que chacun assume pleinement la responsabilité qui en découle;
- voie, en améliorant le processus de communication, à ce que chacun des intervenants comprenne bien son rôle et s'assure que la commande qui a été faite est bien exécutée.

Organisation / personne visée

Santé Canada

31-Avis / Dossier : 135545.

Date de l'événement : 17 février 2007

Événement : Un homme de 54 ans décède d'une insuffisance coronarienne et myocardique aiguë sur la réserve indienne du Lac-Rapide.

L'homme s'est effondré subitement devant les membres de sa famille. Ils ont appelé l'infirmière du dispensaire qui s'est rendue sur place et a procédé à des manœuvres de réanimation manuelles. Il n'y a pas de défibrillateur au dispensaire. L'infirmière a communiqué avec les ambulanciers qui se sont présentés sur les lieux 36 minutes après avoir reçu l'appel, ce qui constitue un délai normal en raison de la distance à parcourir.

Recommandation

Que Santé Canada :

- munisse les dispensaires des réserves éloignées et isolées des services d'urgence de défibrillateurs et forme son personnel médical pour l'utilisation de ce type d'appareil.

Organisation / personne visée

Santé Canada

32-Avis / Dossier : 134288

Date de l'événement : 27 octobre 2006

Événement : Un homme de 78 ans demeurant à la Résidence Léonard de Mont-Tremblant décède d'une arythmie cardiaque maligne.

L'homme avait été découvert étendu par terre sans signes vitaux. Un appel a été fait au 9-1-1. Aucune manœuvre de réanimation n'a été entreprise avant l'arrivée des ambulanciers et aucun formulaire de non-réanimation n'avait été signé. À

l'arrivée des ambulanciers, le corps était entièrement recouvert d'une couverture. Pour le coroner, même si ce décès n'était pas évitable, des manœuvres de réanimation auraient dû être entreprises avant l'arrivée des ambulanciers.

Recommandations

Que la Résidence Léonard :

- adopte la règle et la conduite de toujours pratiquer des manœuvres de réanimation avant l'arrivée des ambulanciers lorsqu'un bénéficiaire perd conscience ou qu'il est trouvé inanimé et qu'aucun formulaire de non-réanimation n'a été dûment signé;
- s'assure que tout son personnel a la certification requise en réanimation cardiorespiratoire et qu'il la maintient à jour.

Organisation / personne visée

Résidence Léonard

33-Avis / Dossier : 133815

Date de l'événement : 18 septembre 2006

Événement : Un homme de 62 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë lors d'un cours d'aquaforme.

Le cours avait débuté depuis presque une heure lorsque l'homme a coulé. L'instructeur l'a rapidement sorti de l'eau et a entrepris des manœuvres de réanimation pendant qu'on appelait une ambulance. Il s'est écoulé un délai de plus de douze minutes avant l'arrivée des ambulanciers, alors qu'il devrait être de moins de huit minutes.

Par ailleurs, l'homme avait passé un examen pour dépister une maladie coronarienne à l'Hôpital Saint-Luc. Les résultats ont révélé la présence d'une ischémie d'intensité légère à modérée. Toutefois, le médecin traitant a reçu les résultats trois semaines plus tard, soit le lendemain du décès de son patient.

Recommandations

Que le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé :

- analyse ce dossier pour comprendre les raisons du délai d'intervention et prenne les mesures nécessaires pour corriger la situation.

Que le directeur général du Centre hospitalier universitaire de Montréal :

- prenne les moyens pour que le Département d'imagerie médicale du Centre hospitalier universitaire de Montréal - Hôpital Saint-Luc fasse parvenir rapidement au médecin prescripteur, par télécopieur ou autrement, les résultats préliminaires des examens qui s'avèrent positifs, confirmant le diagnostic de la maladie coronarienne du patient, en vue d'une prise en charge plus rapide de cette maladie coronarienne.

Organisations / personnes visées

Corporation d'Urgences-Santé
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

34-Avis / Dossier : 131504.

Date de l'événement : 16 mars 2006

Événement : Un homme de 50 ans décède d'une arythmie cardiaque quelques semaines après une chirurgie au Centre hospitalier de Lac-Mégantic.

Après avoir été opéré pour une hernie inguinale, il subit une complication rare de cette chirurgie et doit être réopéré. Il reçoit son congé et, huit jours plus tard, il fait un arrêt cardiorespiratoire devant les ambulanciers paramédicaux. Ceux-ci intubent le patient avec un Combitube pour assurer la ventilation. Cet instrument contient deux tubes, un bleu pour la ventilation dans l'œsophage et un blanc pour la ventilation dans la trachée. Toutefois, à l'arrivée au centre hospitalier, l'inhalothérapeute a confirmé par l'utilisation d'un capnographe que la ventilation se faisait dans l'estomac. Malgré toutes les manœuvres de réanimation, l'homme décède.

L'analyse de la prise en charge préhospitalière permet de mettre en relief certaines difficultés qui peuvent survenir lors d'interventions préhospitalières. Les ambulanciers paramédicaux doivent cliniquement déterminer lequel des deux tubes du Combitube doit être ventilé. Ils utilisent un test de vérification sûr, mais qui peut donner lieu à des erreurs d'interprétation. L'utilisation d'un capnographe serait à envisager. Par ailleurs, lors du transport et des manipulations, le tube peut se déplacer. La mise en place systématique d'un collier cervical pourrait diminuer les risques de déplacement du Combitube. Le tube laryngé est un dispositif récent présentement à l'étude. Il contient un seul tube et s'insère dans l'œsophage dans 99% des cas.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- évalue la pertinence que les techniciens ambulanciers et les ambulanciers paramédicaux utilisent les capnographes lors des situations de réanimation cardiorespiratoire où ils doivent utiliser un dispositif avancé de gestion des voies aériennes (Combitube, Easytube ou tube laryngé);
- poursuive l'évaluation concernant la facilité d'utilisation, la fiabilité et la sécurité du tube laryngé lors d'interventions préhospitalières;
- s'assure que les techniciens ambulanciers et les ambulanciers paramédicaux de la province installent systématiquement un collier cervical après chaque intubation dans le but de diminuer autant que possible les mouvements du dispositif utilisé (Combitube, Easytube ou tube laryngé);
- fasse en sorte que le matériel de formation de tous les techniciens ambulanciers et ambulanciers paramédicaux de la province contienne un

chapitre permettant d'anticiper les problèmes possibles éprouvés avec le Combitube et mentionne quoi faire lorsque ces situations se présentent.

Organisation / personne visée

Ministère de la Santé et des Services sociaux